

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ «ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ
КВАЛИФИКАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ
СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ
СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ И СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ
И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

Сборник научно-практических статей

**МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА: ТРАЕКТОРИЯ НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

Нижний Новгород

2019

УДК: 614.253.5(06)(075)

ББК: 51.1(2)я723

Медицинская сестра: траектория непрерывного профессионального развития. Сборник научно-практических статей. / Под общей редакцией к. м. н. Е.В. Вагиной. – Н. Новгород: Изд-во «Ремедиум Приволжье», 2019. – 192 с.

ISBN 978-5-906125-67-5

М-422

Редакционная коллегия:

Двойников С.И. – д. м. н., профессор, главный внештатный специалист-эксперт Министерства здравоохранения Российской Федерации по управлению сестринской деятельностью.

Поклад Л.А. – доктор экономики и менеджмента, директор ГАУ ДПО Нижегородской области «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения», главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Приволжского федерального округа.

Вагина Е.В. – к. м. н., заместитель директора ГАУ ДПО Нижегородской области «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения».

В сборнике представлены материалы Всероссийской научно-практической конференции «Медицинская сестра: траектория непрерывного профессионального развития» (30–31 мая 2019 года, Нижний Новгород), посвященные вопросам реализации непрерывного медицинского образования специалистов сестринского дела, роли дополнительного профессионального образования в перспективном развитии специалистов, рассмотрен региональный опыт и лучшие практики.

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов и необходимости его раскрытия в материале.

ISBN 978-5-906125-67-5



© ПАС ВСМФО, 2019

© Издательство «РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ», 2019

СОДЕРЖАНИЕ

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Чеснокова Т.Ю., Зорий И.В., Возова Т.С. ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ ЧЕРЕЗ ВНЕДРЕНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ	7
Захарова И.В. ВРЕМЯ ПЕРЕМЕН В НЕПРЕРЫВНОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА	11
Василенок А.В., Буянова Н.М. ГОТОВНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР К ВСТУПЛЕНИЮ В СИСТЕМУ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	14
Полянская Т.А., Салова С.Г., Салов А.Н. КОУЧИНГ КАК ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ СОВРЕМЕННОГО ОБУЧЕНИЯ	17
Князева О.В., Флегонтова Т.В., Гвоздецкая Е.А. ГОТОВНОСТЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	23
Гречко В.Н., Пегова И.А., Рыжова Е.С. УЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ КОМПЛЕКС – ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ПОДГОТОВКЕ ФАРМАЦЕВТОВ	28
Кадникова Е.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИСТАНЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ПОСТДИПЛОМНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	34
Воробьева О.Д. СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ – ПРИОРИТЕТ В НЕПРЕРЫВНОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР	41
Софронова Н.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ РЕСУРСОВ В НЕПРЕРЫВНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ	45
Пудовинникова Л.Ю., Карасева Л.А. РАЗВИТИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ СТАРШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАМКАХ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	49
Назарова Е.К., Петрова С.В., Цуканова В.А. РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ПРОВЕДЕНИИ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ	55
Гололобова Л.Д. РОЛЬ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «НОВОСИБИРСКАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА» В НЕПРЕРЫВНОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ	63
Возова Т.С., Мазина Е.И., Певзнер Б.М. ПОРТРЕТ СОВРЕМЕННОГО СПЕЦИАЛИСТА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА С ПОЗИЦИЙ ОЦЕНКИ УРОВНЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ГРАМОТНОСТИ	67

Бабаян С.Р., Тарасова Ю.А., Фомушкина И.А. ИЗ ОПЫТА ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В КОНТЕКСТЕ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ	70
Иванова И.Г. РЕАЛИЗАЦИЯ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В КУЗБАССЕ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ	75
Ядреева Н.И. ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОДГОТОВКЕ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РЕСПУБЛИКЕ САХА(ЯКУТИЯ): ОПЫТ ЯКУТСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА	80
Степанова А.Д. АНАЛИЗ ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ АККРЕДИТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ ГБПОУ РС(Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»	86
Адуев И.К. ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ	92
Горбатова Е.В. ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИСТАНЦИОННОГО И ЭЛЕКТРОННОГО ОБУЧЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	95
Сердцев С.С. РОССИЙСКО-ФИНСКИЙ СЕМИНАР: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ	98
Аратская И.В., Немиров В.В., Немирова С.В. ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАМКАХ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	100
Хисамутдинова З.А. УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	102
Хазанова Р.Г. СИСТЕМНО-ДЕЯТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД В ОБУЧЕНИИ КАК ОСНОВА РАЗВИТИЯ ТВОРЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЛУШАТЕЛЕЙ НА ЗАНЯТИЯХ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ХИРУРГИИ И ВО ВНЕУРОЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	107
Кочетова А.М., Тесля О.А., Певзнер Б.М. СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИННОВАЦИИ В ПОСТДИПЛОМНОМ ПРОЦЕССЕ ПО СТОМАТОЛОГИИ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ	110

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Поздеева Т.В., Подушкина И.В. СТАНДАРТНЫЕ ОПЕРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕДУРЫ КАК ЭЛЕМЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	114
Швецова О.В., Вишнякова В.А. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ, ПРАЗДНИЧНЫЕ И ВЫХОДНЫЕ ДНИ. ОПЫТ РАБОТЫ СТАРШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ, ОТВЕТСТВЕННОЙ ПО СТАЦИОНАРУ ГУЗ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1» г. ЧИТА	118

Брызгалова О.М., Иванова О.В. ОЦЕНКА ФАКТОРОВ МОТИВАЦИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ФГБУ «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ им. С.Г. СУХАНОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ (г. ПЕРМЬ)	122
Чудинова Н.Н., Иванова О.В. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ФГБУ «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ им. С.Г. СУХАНОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ (г. ПЕРМЬ)	128
Снегирева Т.Г. УДОВОЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ДО И ПОСЛЕ КОРОНАРОГРАФИИ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ВЫПОЛНЕНИЕМ СТЕНТИРОВАНИЯ	133
Трофимова Г.А., Пчелина Н.В., Безроднова Е.С. ПРОЕКТ «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА» КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ПРЕСТИЖА ПРОФЕССИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ И ФАКТОРА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ	139
Шарочева М.А. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВНЕДРЕНИЮ ПРОФСТАНДАРТА «МАЛАДШИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ» НА ПРИМЕРЕ АО «ГРУППЫ КОМПАНИЙ «МЕДСИ»	144
Шарочева М.А. ВНЕДРЕНИЕ АЛГОРИТМА СЕСТРИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ – ОСНОВА СТАНДАРТИЗАЦИИ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР	150
Пырьева Е.В., Носкова В.А. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ: РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	156
Гиззатуллина О.В. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ЕДИНОГО ЦЕНТРА ЗАПИСИ НА МРТ И РКТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА БАЗЕ ГБУЗ СО «ТОЛЬЯТТИНСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 5»	161
Бахтина И.С., Калинина С.А., Кононок А.А. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПСИХИАТРИИ: ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ	165
Попов С.В., Ерш Н.В., Умарбекова С.У. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ FAST TRACK В УСЛОВИЯХ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	173
Иванова М.В., Карягина М.А., Пятикоп В.М. ОСОБЕННОСТИ ПОЛОЖЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ	181
Воробьева М.М., Иванова О.В. РОЛЬ ОХРАНЫ ТРУДА В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ	186



**Участникам Всероссийской научно-
практической конференции
«Медицинская сестра: траектория
непрерывного профессионального развития»**

30–31 мая 2019 года

Нижний Новгород

Уважаемые коллеги!

Министерство здравоохранения Российской Федерации приветствует участников Всероссийской научно-практической конференции «Медицинская сестра: траектория непрерывного профессионального развития».

Реализуемый в настоящее время Национальный проект «Здравоохранение» направлен, в первую очередь, на повышение качества и доступности медицинской помощи для населения страны. Решение этой стратегической задачи невозможно без достаточного кадрового обеспечения отрасли здравоохранения средними медицинскими работниками, без активного профессионального развития сестринской службы. В соответствии с современными тенденциями развития здравоохранения в медицинских организациях страны происходит расширение полномочий и функций в работе медицинских сестёр, фельдшеров и акушерок, что требует глубокого и всестороннего изучения, актуализации данных и совершенствования организационных, методических подходов в сестринском деле. Такие мероприятия всегда обретают особую значимость потому, что обмен опытом специалистов разного профиля способствует позитивным изменениям, внедрению новых форм работы, повышению качества и безопасности медицинской помощи.

Выражаю надежду, что насыщенная программа конференции будет способствовать продуктивному обмену опытом и достижениями, обогатит не только знания участников, но и явится значимым событием в реализации задач непрерывного медицинского образования.

Желаю всем участникам и организаторам Всероссийской научно-практической конференции плодотворной творческой работы, новых идей, эффективного взаимодействия и профессиональных успехов.

*Министр здравоохранения
Российской Федерации*

В.И. Скворцова

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

УДК: 37.018.46

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ ЧЕРЕЗ ВНЕДРЕНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Чеснокова Татьяна Юрьевна, Зорий Ирина Валентиновна,

Возова Тамара Сергеевна,

ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации

и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения»,

г. Нижний Новгород, Россия

Аннотация. Непрерывное медицинское образование осуществляется через программы повышения квалификации и переподготовки, в реализации которых должен принимать участие профессионально развивающийся преподаватель, владеющий педагогическим мастерством и вооружённый современными инновационными технологиями. Целью работы было создание организационно-методического обеспечения занятия по программам повышения квалификации и переподготовки медицинских работников со средне-специальным образованием по специальности «анестезиология и реаниматология». При разработке использовались педагогические технологии интегрированного, проектного и проблемного обучения, информационно-компьютерные технологии. Содержание и материалы занятия были оформлены в учебное пособие и методическую разработку. Интегрированное занятие показало ряд преимуществ: экономия времени, заинтересованность слушателей, стимулирование самостоятельности слушателей, развитие умения сопоставлять, противопоставлять и синтезировать, приближение процесса обучения к жизни.

IMPROVING THE QUALITY OF EDUCATION THROUGH INTRODUCTION OF PEDAGOGICAL TECHNOLOGY

Chesnokova Tatiana Yurievna, Zoriy Irina Valentinovna,

Vozova Tamara Sergeevna,

Center for advanced training and retraining of health professionals,

Nizhny Novgorod, Russia

Abstract. Continuous medical education is carried out through training and retraining programs, the implementation of which should be attended by a professionally developing teacher who owns pedagogical skills and armed with modern innovative technologies. The purpose of the work was to create organizational and methodological support for training programs for advanced training and retraining of medical workers with secondary special education in the specialty «anesthesiology and resuscitation». Pedagogical technologies of integrated, project and problem education, information and computer technologies were used in the development. The content and materials of the lesson were designed in a textbook and methodological development. The integrated lesson showed a number of advantages: time saving, interest of listeners, stimulation of independence of listeners, development of ability to compare, oppose and synthesize, approach of process of training to life.

Введение. В последнее время одной из основных задач российского здравоохранения является создание системы непрерывного медицинского образования (НМО), что нашло отражение в Указе Президента РФ от 31.12.2015 года № 683 «О Стратегии национальной безопасности РФ» [2]. Это в том числе необходимо для приведения отечественного здравоохранения в соответствие с принятыми Российской Федерацией международными стандартами качества оказания медицинской помощи. Главная задача НМО – создание условий, предпосылок, обеспечивающих увеличение продолжительности активной профессиональной жизни медицинского специалиста, максимальное и

эффективное использование его опыта, интеллектуальных ресурсов, личностного потенциала. НМО осуществляется путём реализации программ повышения квалификации и переподготовки, проводится с использованием компетентностного подхода, который обеспечивает корректировку необходимых компетенций работников лечебных учреждений. Такого специалиста может подготовить только постоянно профессионально развивающийся преподаватель, владеющий педагогическим мастерством и вооружённый современными инновационными технологиями [3]. Современные педагогические технологии обладают качественной спецификой, отражающей различные способы организации учебной деятельности, которые каждый преподаватель может использовать по своему усмотрению в зависимости от решаемых им задач [1]. Поэтому целью нашей работы было создание организационно-методического занятия по программам повышения квалификации и переподготовки медицинских работников со средне-специальным образованием по специальности «анестезиология и реаниматология».

Материалы и методы. Организационно-методическое обеспечение занятия разрабатывалось для специалистов со средне-специальным образованием. В основу были положены следующие педагогические технологии: интегрированного, проектного и проблемного обучения, информационно-компьютерные технологии и др.; методы обучения: объяснительно — иллюстративный, частично поисковый, дискуссии, игры, кейс-метод; средств обучения (мультимедийная программа, специальная литература по теме, справочники, методические указания), а также формы обучения: групповая, фронтальная, парная, индивидуальная.

Результаты и их обсуждение. Интегрированная технология была использована для построения занятия, совмещающего в себе две дисциплины: «анестезиология и реаниматология» и «медицинская психология». Тема занятия: «Подготовка больных к наркозу и операции. Оценка состояния больных перед операцией. Премедикация». Основной целью использования данной технологии является формирование

комплексных знаний среднего медицинского персонала в области анестезиологии и психологии при подготовке больного к наркозу и операции. Для достижения поставленной цели требовалось решить следующие задачи: расширить знания слушателей о подготовке больного к наркозу и операции; научить их оценивать состояние больного перед операцией; познакомить слушателей с видами и целями премедикации и другие. Само занятие имеет следующую структуру: 1) вводная часть; 2) актуализация опорных знаний необходимых на уроке; 3) организация совместной деятельности преподавателя анестезиологии и медицинской психологии по подготовке больного к наркозу и операции; 4) закрепление знаний; 5) подведение итогов.

Также предполагалась предварительная подготовка слушателей – разработка проекта по конкретной теме в рамках основной, который они должны были презентовать.

Кроме того, в течение занятия предусмотрен разбор и обсуждение ситуационных задач, отражающих основные проблемы практической деятельности обучающихся.

Содержание и материалы занятия были оформлены в учебное пособие и методическую разработку.

Заключение. Форма проведения интегрированных уроков в течении занятия поддерживает внимание слушателей на высоком уровне, а также раскрывает значительные педагогические возможности. Интегрированное занятие показало ряд преимуществ: экономия времени, заинтересованность слушателей, стимулирование их самостоятельности, развитие умения сопоставлять, противопоставлять и синтезировать, приближение процесса обучения к жизни.

Литература

1. Викулова Я.В. Проблема выбора и применения современных педагогических технологий в учебных заведениях НПО И СПО // Молодёжь и наука: Сборник материалов VI Всероссийской научно-технической конференции студентов, аспирантов и молодых учёных [Электронный

ресурс]. — Красноярск: Сибирский федеральный ун-т, 2011. — Режим доступа: [<http://conf.sfu-kras.ru/sites/mn2010/section15.html>].

2. О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации: Указ Президента РФ от 31.12.2015 № 683.

3. Шайдулина А.А. О применении инновационных подходов в процессе обучения / А.А. Шайдулина, О.О. Мамадалиев // Молодой учёный. — 2016. — № 6. — С. 34-38.

УДК: 614.253.52

ВРЕМЯ ПЕРЕМЕН В НЕПРЕРЫВНОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Захарова Ирина Валерьевна,

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 5», г. Нижний Новгород,
Россия

Аннотация. Неудовлетворительное качество оказания медицинской помощи и недовольство пациентов напрямую зависит от уровня подготовки персонала. Алгоритмом проведения процедур являются стандартные операционные процедуры (СОП) и проверочные чек листы. Специалисты сестринского дела имеют возможность регулярного активного получения профессиональных знаний.

TIME OF CHANGE IN CONTINUOUS PROFESSIONAL EDUCATION OF SPECIALISTS OF THE NURSE CASE

Zakharova Irina Valeryevna,

City Clinical Hospital № 5, Nizhny Novgorod, Russia

Annotation. The unsatisfactory quality of medical care and patient dissatisfaction directly depend on the level of staff training. Algorithm of procedures are standard operating procedures (SOP) and check check sheets. Nursing professionals have the opportunity to regularly receive active professional knowledge.

Введение. Настало время необходимости перемен – это непрерывное медицинское образование, в том числе и для специалистов со средним медицинским образованием. Главная причина, по которой перемены стали нужны – неудовлетворительное качество оказания медицинской помощи и недовольство пациентов, которое напрямую зависит от уровня подготовки персонала. Этому есть объективные причины: кадровые проблемы, связанные с существующими условиями труда (напряженный ритм работы, эмоциональная насыщенность, высокий износ оборудования и т.д.), материальное стимулирование, отсутствие условий для профессионального развития и карьерного роста, отсутствие социальной поддержки, и, самое главное, снижение престижа профессии в обществе [1, 3].

За последние годы повысились требования к уровню знаний и навыков специалистов среднего звена. Современная медицинская сестра должна грамотно владеть новой современной аппаратурой, четко осознавать свою персональную ответственность за выполнение различных медицинских манипуляций.

Один из аспектов системы повышения квалификации в рамках НМО включает в себя обучение на рабочих местах, поэтому наша медицинская организация разработала свои внутренние стандарты операционных процедур для медицинских сестер.

Материалы и методы. Мы провели опрос персонала методом анкетирования и на основе полученных данных определили главные направления, которые учитывали при составлении стандартной операционной процедуры (СОП) [2]. На их основе разработали алгоритм проведения процедур и проверочные чек листы. Это была командная работа с привлечением различных специалистов.

Результаты и их обсуждение. Наша задача была сделать документ гибким и полезным, в помощь медицинской сестре, а не формальной бумагой. Проанализировав полученные ответы, выделили несколько приоритетных направлений.

Первое – разъяснить суть манипуляций, показания, противопоказания, возможные осложнения при проведении процедуры, чтобы медицинская сестра не просто механически выполняла то или иное действие, а осознавала, почему СОП необходимо провести именно таким образом, с учетом реальных условий нашего стационара.

Второе – четкое соблюдение санитарно-противоэпидемического режима, профилактика ИСМП, знание нормативной документации.

Третье – кто выполняет процедуру и несет за нее персональную ответственность, каким образом отразить это в медицинской документации.

Четвертое – умение общаться с пациентом и объяснить на доступном ему языке суть процедуры, в некоторых случаях соблюдение конфиденциальности.

Пятое – подготовка оснащения и порядок проведения процедуры.

Шестое – возможность обучения молодых медицинских сестер.

Седьмое – доступность на каждом рабочем месте.

Благодаря грамотно поставленным вопросам, нам удалось сформировать документ, на данный момент полностью удовлетворяющий как медицинскую сестру, так и проверяющего.

Заключение. Развитие современной медицины невозможно без непрерывного медицинского образования. Оно напрямую взаимосвязано с внедрением передовых технологий в медицине, требующих обновления. У каждого специалиста появляется возможность регулярного активного получения профессиональных знаний и помочь ему в этом наша задача.

Литература

1. Ахмадуллина Г.Х. Управление эффективностью обучения медицинских работников в современных условиях // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 1.

2. Клименкова О.А., Иванов Г.А., Берестовская В.С., Эмануэль А.В. Разработка стандартной операционной процедуры. Лабораторная служба. 2014;(2):29-41.

3. Шестопалова Т.Н., Гололобова Т.В. Использование стандартных операционных процедур как одно из направлений обеспечения безопасности медицинской деятельности // Анализ риска здоровью. – 2018. – № 2. – С. 129–137. DOI: 10.21668/health.risk/2019.2.15.

УДК: 614.23

ГОТОВНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР К ВСТУПЛЕНИЮ В СИСТЕМУ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Василенок Александр Васильевич, Буянова Наталья Михайловна,
ФГБПОУ «Медицинский колледж», г. Москва, Россия

С целью оценки готовности среднего медицинского персонала к переходу на непрерывное медицинское образование и прохождения периодических аккредитаций было проведено анкетирование медицинских работников. Проведенный анализ свидетельствует о недостаточной осведомленности и мотивации средних медицинских работников использовать новую модель дополнительного профессионального образования.

Ключевые слова: средний медицинский персонал; непрерывное медицинское образование; аккредитация.

THE WILLINGNESS OF NURSES TO JOIN THE CONTINUING EDUCATION

Vasilenok Alexander V., Buyanova Natalia M.,
FSEEP «Medical College», Moscow, Russia

The questioning of health workers was conducted to assess the readiness of nurses to switch the continuing medical education and to undergo periodic accreditations. The results of the analysis indicate a lack of awareness and motivation of nursing staff to use the new model of additional professional education.

Key words: nursing staff; continuing medical education; accreditation.

Введение. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 декабря 2017 г. № 1043н регламентирует переход медицинских работников, прошедших последнюю сертификацию или аккредитацию после 1-го января 2016 года к стратегии непрерывного медицинского образования (НМО) [1]. Данная реформа подразумевает кредитную систему накопления баллов в рамках индивидуального пятилетнего цикла обучения, с возможностью самостоятельного выбора как программы, так и формы обучения.

С целью оценки информированности, адекватности понимания и степени мотивации к непрерывному образованию среднего медицинского персонала в рамках концепции НМО в учреждениях здравоохранения различного подчинения было проведено анкетирование медицинских сестер.

Материалы и методы. По специально разработанной форме было проведено анкетирование 114-и работников среднего звена, из которых более 35% опрошенных – сотрудники учреждений здравоохранения, подведомственных Министерству здравоохранению Московской области, 34 человека (30%) – учреждений Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, 12% – системы Министерства здравоохранения Российской Федерации; количество работающих в учреждениях, относящихся к Департаменту труда и социальной защиты г. Москвы составило – 11%, тогда как сотрудники Департамента здравоохранения г. Москвы и частных учреждений здравоохранений составили по 5% соответственно. Большинство опрошенных – женщины (93%).

Более 82% анкетлируемых обучались на циклах повышения квалификации (ПК) ранее; у 59% обучающихся стаж работы превышал 15 лет и лишь у 9 человек составил менее 5 лет (16%).

Результаты. Анализ анкет выявил желание практически 100% респондентов повышать квалификацию в дальнейшем, при этом готовность к самостоятельному выбору программ обучения выразило более 1/4 опрошенных, тогда как 68,4% анкетлируемых хотели бы предоставить выбор образовательной организации работодателю и лишь 5% не считают данный

выбор значимым. Однако имеются различия в ответах сотрудников учреждений разной формы подчинения – так у сотрудников структур Министерства науки и высшего образования РФ лишь 6% опрошенных хотели бы самостоятельно определять программу повышения квалификации; в отличие от них более половины сотрудников Департамента труда и социальной защиты г. Москвы данный вопрос считают значимым, доля сотрудников учреждений здравоохранения Московской области пожелавших самостоятельно выбирать, так же превышала аналогичный параметр учреждений Министерства науки и высшего образования и составила 38%.

При этом желание делегировать выбор образовательной организации и программы обучения работодателю, исходя из ответов респондентов, в основном был обусловлен стремлением пройти курсы за счет бюджета работодателя.

Более 20% опрошенных готовы использовать в процессе повышения квалификации современную литературу, 50 человек (44%) выразили желание осваивать программы обучения с дистанционным компонентом, а у 9% опрошенных никакого желания самостоятельного освоения программ ПК не отмечалось. Обращает на себя внимание тот факт, что более 75% специалистов среднего звена хотели бы сохранить привычную систему прохождения 144-х часовых сертификационных циклов один раз в 5 лет и данный вариант ответа не зависел от стажа работы и возраста. У 6% опрошенных не было определенной позиции по данному вопросу и только 19% опрошенных выразили готовность проходить неоднократные краткосрочные курсы повышения квалификации в течение 5 лет.

Из 114 анкетированных имеют представление о системе НМО 28 человек (25,5%), а зарегистрированы на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России 4 человека.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о недостаточной информированности среднего персонала о системе НМО, так же стоит отметить слабую мотивацию специалистов опрошенных групп к

самостоятельному обучению и самостоятельному выбору программ ПК, но несмотря на это, 44% опрошенных желают использовать дистанционную форму обучения. Таким образом, в случае адекватного информационного сопровождения среднего медицинского персонала о новой для них модели дополнительного профессионального образования, можно повысить мотивацию и вовлеченность специалистов среднего звена в образовательную реформу, тем самым улучшить уровень их профессиональной компетенции.

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 декабря 2017 г. № 1043н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов» [В Интернете] / авт. Министерство здравоохранения Российской Федерации // Гарант.ру. – <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/1166941/#ixzz5kWMr5HbB>.

УДК: 37.018.46

КОУЧИНГ КАК ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ СОВРЕМЕННОГО ОБУЧЕНИЯ

Полянская Татьяна Александровна, Салова Светлана Геннадьевна,

Салов Алексей Николаевич,

ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,

Россия

Аннотация. В работе рассмотрены вопросы использования коучинга как инновационной технологии современного обучения в системе дополнительного профессионального медицинского образования, освещены задачи, принципы и техники коучингового подхода.

COACHING AS AN INNOVATIVE TECHNOLOGY MODERN LEARNING

**Polyanskaya Tatyana Alexandrovna, Salova Svetlana Gennadyevna,
Salov Alexey Nikolaevich,**

Center for Advanced Studies and Professional Retraining
of Health Care Specialists, Nizhny Novgorod, Russia

Annotation. The paper discusses the use of coaching as an innovative technology of modern education in the system of additional professional medical education, highlights the objectives, principles and techniques of the coaching approach.

Введение. Такое явление как «коучинг» в образовательной среде является принципиально новым направлением в педагогической науке и практике, в основе которого лежит постановка и максимально быстрое достижение целей путем мобилизации внутреннего потенциала, освоения передовых стратегий получения результата. Слово coach (англ.) на русском языке означает наставлять, тренировать и воодушевлять. Коучинг – это синтез тренинговых технологий. Это не только метод управления и взаимодействия с людьми, способ мышления или стиль поведения, это своеобразная философия, предполагающая эффективность в различных видах деятельности, в том числе и в преподавании.

Цель работы. Подготовка специалистов в системе непрерывного медицинского образования представляет собой сложный процесс. Чтобы реализовать эту социально-значимую цель, необходимо не только обновить содержание и технологии образования, но, сориентировать систему подготовки специалистов на формирование социально и профессионально активной личности. С другой стороны, запрос, исходящий от современного общества к педагогике, предлагает по-новому взглянуть на роль педагога и на сам процесс, что в свою очередь потребует пересмотра компетенций

педагога. Эффективный коучинг – это метод управления, метод взаимодействия со слушателями, способ мышления, способ бытия. Эффективный коучинг ведет преподавателя к достижению цели, приносит удовлетворение и радость, от которой выигрывают все участники образовательного процесса. При использовании методологии коучинга в процессе обучения роль педагога значительно обогащается, как в традиционном, так и в электронном обучении. Это не только функция передачи знаний и обучения навыкам, но и еще реализация функции стимулирования интереса к обучению, движения к осознанности, развития сильных сторон, раскрытия потенциала слушателя, что позволяет сделать процесс преподавания более интересным и эффективным.

Методы исследования. В проведенном исследовании применялся комплекс следующих методов: анализ отечественных исследований по принципам и подходам использования коучинга в современном профессиональном образовании, анализ собственной педагогической деятельности.

Результаты и их обсуждение. Вопросы внедрения коучинга в систему российского образования рассмотрены в работах Зыряновой Н.М., Кларина М.В., Рыбиной О.С., Максимовой З.Р. Коучинг представляет собой форму консультативной поддержки, которая помогает человеку достигать значимых для него целей в оптимальное время путем мобилизации внутреннего потенциала, развития необходимых способностей и формирования новых навыков. Основная задача коуча – поддерживать у обучающегося уверенность в своих силах, сформировать у них адекватную самооценку. Вера обучающихся в свои возможности, степень их осознания способствуют высокой учебно-познавательной мотивации и формированию ответственности за свою учебу [2].

Как пишут Э. Парслоу и М. Рэй, «вы не можете никого ничему научить, прежде чем человек сам этого не захочет; вы можете привести лошадь на водопой, но не в ваших силах заставить ее пить!». Очень важно,

чтобы обучающийся в совместной работе с коучем смог определить свои личные цели, прийти к пониманию того, для чего ему необходима учебная деятельность [1].

Данные принципы позволяют создать новый подход к процессу обучения, внести интерактивные элементы, новый смысл, как для педагогов, так и для обучающихся, создать вовлеченность в процесс, повысить мотивацию и ответственность за результат. Инновационный подход предполагает осознание и использование качественно новых личностных категорий, которые должны стать не просто желательными качествами педагога, а настоящими ключевыми профессиональными компетенциями. Технологии коучинга могут быть использованы не только как стиль преподавания, но и как способ взаимодействия с коллегами и обучающимися. Такой подход позволяет по-новому взглянуть на суть самого процесса и открывает новые возможности для развития эмоционального интеллекта преподавателей [3].

Учебная деятельность будет являться эффективной лишь в том случае, когда обучающийся примет на себя ответственность за ее результаты. Полезным здесь является совместное с коучем планирование процесса достижения цели и составление его плана. В этот план должны быть включены ответы на основные вопросы коучинга:

- Что именно мне необходимо достигнуть?
- Как это конкретно будет выглядеть?
- Зачем мне это нужно?
- Как я узнаю о том, что достиг желаемого?
- Когда я готов начать этот процесс?
- Когда этот процесс завершится?
- Что конкретно мне следует делать?
- Какие возможны препятствия на моем пути? и др.

Модель процесс коучинга складывается из нескольких четко определенных этапов:

1. Постановка цели и осознание её реальности.
2. Анализ необходимых составляющих успеха.
3. Анализ имеющихся возможностей.
4. Определение путей достижения цели, выбор стратегии.
5. Мониторинг достижения цели и анализ результатов.

Для каждого из этих этапов в арсенале профессионального коуча есть соответствующий набор инструментов и техник, из которых он подбирает наиболее оптимальную комбинацию для каждого конкретного слушателя и каждого конкретного случая.

Техники коуча.

Открытые вопросы, провоцирующие на размышления, дискуссии и звучащие в нас потом еще много часов и дней. Вопросы, которые продвигают.

Колесо баланса. На занятиях оно может покатить нас в разные стороны. Как глубоко мы готовы продвинуться в разных направлениях? Для составления колеса баланса нарисуем окружность (на доске, флипчарте, на листе бумаги) и разделим ее на 8–10 равных частей. Эти части могут заполняться самым разным содержанием (разделы в изучении темы, элементы занятия, этапы проекта и т.д.). Визуализация позволяет выделить главное, найти правильное соотношение, составить план, оценить себя.

Пирамида логических уровней. В эту конструкцию укладывается работа по освоению любого материала. Снизу-вверх. Кто, когда и с кем? Что делал, будет делать? Как именно? Почему и зачем? Какова моя роль в этом процессе? Для кого и для чего я буду ее выполнять? Итак, на вершине оказывается тот самый личностный смысл, который иногда так трудно пристегнуть к уроку формально-назидательными способами. Этот метод незаменим для проектирования совместных дел, обсуждения планов на будущее.

Включение творческого разума. «Три стула», «Три шляпы» и особенно «Стол менторов» – об этих приемах педагогам говорить не надо, все знают:

они отлично работают с тупиками типа «мы не подготовились», «не поняли темы» и т.п. Используются самые разные подходы: предложить выбрать «особые» шляпы или стулья, предложить всей группе пригласить авторитетных экспертов, которые и отыщут выход из положения.

Линия времени. Учит каждого управлять временем урока и личным временем. Линия времени – это удобный визуальный образ для прорисовки целей и определения шагов их реализации.

Заключение. Таким образом, коучинг, как инновационная технология обучения, оказался кладом полезных педагогических приемов и является одним из ресурсных аспектов в педагогической деятельности, предполагает выведение взаимоотношений между преподавателем-коучем и его слушателями на новый уровень межличностного взаимодействия на основе заинтересованности, педагогики сотрудничества и гибкости при решении возникающих проблем, разделенной ответственности за результаты обучения.

Литература

1. Коучинг в обучении: практические методы и техники / Э. Парслоу, М. Рэй. – СПб.: Питер, 2003. – С. 204.
2. Рыбина О.С. Образовательный коучинг для личной эффективности и профессиональной компетентности студентов // Актуальные вопросы современной педагогики: материалы международной научной конференции, г. Уфа, 2011. – С. 112-114.
3. Фелькер Е.В., Бароян М.А., Хамитова А.Г., Игнатенко В.Н. Коучинговые технологии в образовательном процессе // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 6-2. – С. 270-271.

УДК: 614

**ГОТОВНОСТЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
К ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Князева Ольга Васильевна, Флегонтова Татьяна Викторовна,
Гвоздецкая Елена Анатольевна,**

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж», Арзамас, Россия

Аннотация. В статье отражены актуальные для современного этапа развития отечественного здравоохранения вопросы подготовки среднего медицинского персонала. В статье приведены данные социологического опроса готовности медицинских сестер к вводимым инновациям в практической медицине.

**READINESS OF MEDIUM MEDICAL PERSONNEL
TO INNOVATIVE ACTIVITIES IN THE SPHERE OF HEALTH**

**Knyazeva Olga Vasilyevna, Flegontova Tatyana Viktorovna,
Gvozdetskaya Elena Anatolyevna,**

Arzamas Medical College, Arzamas, Russia

Annotation. The article reflects the issues of training nurses that are relevant for the current stage of development of domestic health care. The article presents data from a sociological survey on the readiness of nurses to introduce innovations in practical medicine.

Особенностью современного этапа в России являются проводимые правительством реформы, внедрение новых технологий, становление новых отношений во всех сферах жизнедеятельности общества. Не составляет исключение система здравоохранения, основными задачами которой определены «повышение доступности и качества оказания медицинской

помощи, внедрение и совершенствование высоких медицинских технологий...» [5].

По инициативе Президента РФ и Президиума Совета РФ в 2017 году был разработан и реализован проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» с целью повышения удовлетворенности пациентами качеством оказанных медицинских услуг. Вводимые инновации направлены на повышение качества и доступности медицинской помощи, обеспечение комфортности условий предоставления медицинских услуг. Реализуемые инновации приводят не только к преобразованию структуры, организации и управления учреждением, но и к значительным изменениям менталитета персонала и личности каждого медицинского работника, так как меняется его мотивация и мировоззрение, что ведет к профессиональному росту и повышению профессионального мастерства, а как следствие – к повышению качества оказываемой медицинской помощи [4].

В «Программе развития сестринского дела в РФ на период 2010–2020 гг.» подчеркивается, что именно специалисты среднего звена рассматриваются как ценный ресурс здравоохранения по удовлетворению потребностей населения в доступной, качественной и экономически эффективной медицинской помощи [1, 2, 3].

В этой связи, возрастает роль последипломного образования, так как сестринскому персоналу необходимо постоянно пополнять имеющиеся знания, повышать свою квалификацию, обмениваться своим опытом работы. Этот уровень обучения осуществляется в учреждениях последипломного образования, на отделениях повышения квалификации среднего медицинского персонала при медицинских колледжах.

В ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж» функционирует отделение повышения квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием. В рамках андрагогической парадигмы образования преподаватели отделения повышения квалификации применяют

современные педагогические технологии: контекстное и модульное обучение, использование визуализации, интерактивных и активных методов. Кроме этого, широко используются информационные технологии, позволяющие максимально оснастить занятия аудиовизуальным сопровождением, представить весь материал на электронных носителях.

Применение педагогами колледжа данных технологий позволяют не только сформировать готовность средних медицинских работников использовать приобретенные знания и умения в решении профессиональных задач, но и дают возможность научить каждого обучающегося адаптироваться в изменяющихся условиях модернизации здравоохранения.

В 2017 году в колледже была разработана дорожная карта сопровождения проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь населению», реализующая следующие векторы деятельности:

- осуществление интеграция в образовательный процесс разработанного проекта и создание симуляционной площадки учебной модели «Бережливая поликлиника»;

- разработка и реализация образовательных программ «Бережливое производство в здравоохранении» для слушателей циклов повышения квалификации поликлиник г. Арзамаса и районов юга Нижегородской области.

В 2018–2019 учебном году проведен цикл лекций «Бережливые технологии в здравоохранении» для старших и участковых медицинских сестер учреждений здравоохранения г. Арзамаса и Арзамасского района, организованы выездные циклы для медицинских сестер юга области. При этом, в процессе обучения педагогами был проведен социологический опрос на определение мотивации медицинских сестер к внедрению инновационных технологий по специально разработанной автором анкете, так как нежелание или неготовность медицинских работников к преобразованиям, может затормозить или сделать внедрение инноваций невозможным.

Проведенное выборочное анкетирование показало, что среди респондентов преобладают лица средних и старших возрастных групп: средний возраст составляет 39 лет. Медицинский стаж в среднем – 18 лет. Большинство (92%) средних медицинских работников имеют квалификационную категорию и сертификат специалиста. Причем 41% имеют первую квалификационную категорию и 48% – высшую категорию.

Более половины работников (54,5%) считают, что размер их заработной платы ниже объема затрачиваемого труда. Поэтому, около 10% имеют дополнительную работу вне основного учреждения, в том числе 8% – не в медицине.

Около 50% медицинских сестер ответили, что их полностью удовлетворяет выполняемая ими профессиональная деятельность, а 28% идут на работу с нежеланием. Основным мотивом к работе для большинства средних медицинских работников является материальное вознаграждение (зарплата) – 87%, и в то же время, около 40% ответили, что они получают моральное удовлетворение от своей работы. В целом, опрошенные удовлетворены как своей работой, так и деятельностью учреждения (78%).

Около 23% респондентов считают, что у них чрезмерная нагрузка, а 52% отмечают у себя чувство усталости и перенапряжения вследствие большой нагрузки.

Практически все опрошенные испытывают личную ответственность за качество выполняемой деятельности (97%). При этом, с увеличением профессионального стажа в 1,5 раза возрастает доля медработников, признающих коллективную ответственность за качество оказываемой медицинской помощи. По ответам медицинских сестер, большинство из них пришли в медицину по призванию (84%) и лишь 16% опрошенных ответили, что они ошиблись в выборе профессии.

Необходимо отметить, что у большинства средних медицинских работников есть стремление к получению новых знаний – более чем 80% опрошенных хотели бы постоянно повышать свою квалификацию. Причем,

часть опрошенных отметили, что было бы неплохо организовать прохождение обучения без отрыва от производства.

В целом, более 60% опрошенных положительно относятся к вводимым инновациям в сфере здравоохранения, связывая их с улучшением организацией технологического процесса, обеспеченностью лекарственными препаратами, расходными материалами, аппаратурой, комфортностью рабочего места.

Таким образом, по результатам анкетирования можно констатировать, что медицинские сестры стремятся к повышению своей профессиональной квалификации, а также готовы активно участвовать в реформировании системы здравоохранения, включая внедрение бережливых технологий.

Литература

1. Ефремова В.Е. Научное обоснование оптимизации системы управления кадровыми ресурсами среднего медицинского персонала федеральных медицинских организаций [Текст]: Дис. ... канд. мед. наук / В.Е. Ефремова. – Москва, 2014. – 296 с.
2. Вагина Е.В. Организационно-методические основы управления кадровыми ресурсами и модель мониторинга рынка труда средних медицинских работников в здравоохранении региона [Текст]: Дис. ... канд. мед. наук / Е.В. Вагина. – Москва, 2010. – 166 с.
3. Джабарова Т.С. Научное обоснование совершенствования организационных форм непрерывного последипломного образования медицинских сестер [Текст]: Автореф. дис. канд. мед. наук / Т.С. Джабарова. – Москва, 2002. – 23 с.
4. Князева О.В. Формирование у будущих медицинских сестер готовности к профессиональному взаимодействию с гериатрическими пациентами [Текст]: Автореф. дис. канд. пед. наук / В.О. Князева. – Нижний Новгород, 2018. – 27 с.
5. Негодов В.Е. Правовое регулирование организации и управления процессами модернизации здравоохранения в Российской Федерации [Текст]: Дис. ... канд. юрид. наук / В.Е. Негодов. – Москва, 2012. – 163 с.

УДК: 571.27

УЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ КОМПЛЕКС – ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ПОДГОТОВКЕ ФАРМАЦЕВТОВ

Гречко Владимир Николаевич, Пегова Ирина Алексеевна,

Рыжова Елена Семеновна,

ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж», г. Нижний Новгород,
Россия

Аннотация. В статье рассмотрен опыт создания учебно-производственного комплекса «Бережливая аптека» как инновационная технология подготовки фармацевтов.

Ключевые слова: учебно-производственный комплекс, Lean-технологии, бережливая аптека, учебная практика, имитация профессиональной деятельности.

Введение. Формирование кадрового потенциала для фармации в современных условиях требует интеграции всех участников и заинтересованных сторон – колледжей, работодателей, фармацевтического сообщества.

С учетом возрастающих требований к компетенциям фармацевтов, их практическим умениям и навыкам, необходимости актуализации и постоянного подтверждения их профессиональных качеств целесообразно скоординированное объединение деятельности колледжа, студентов, работодателей в учебно-производственный комплекс (УПК) с целью сокращения периода адаптации выпускников к работе в условиях аптеки.

Материалы и методы. В качестве материала исследования рассматривались результаты учебной практики студентов, обучающихся по специальности Фармация в ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж».

Результаты и их обсуждение. В настоящей работе рассмотрен опыт создания УПК «Бережливая аптека» для подготовки фармацевтов.

Критериями успешности такого УПК становится соответствие выпускников требованиям работодателей, их востребованность, конкурентноспособность на фармацевтическом рынке труда, быстрая «акклиматизация» на рабочем месте, удовлетворенность полученным образованием, укрепление престижа образовательной организации.

Для формирования профессиональных компетенций фармацевта в УПК вошли две площадки – Ресурсный центр колледжа и Центральная аптека «ВИТА». Так, в помещении колледжа созданы и успешно работают:

- учебная аптека по производству экстенпоральных лекарственных форм, внутриаптечной заготовки и фасовки;
- лаборатория контроля качества лекарственных средств;
- лаборатория организации деятельности аптеки (в виде учебных аптек трех типов и аптечного склада);
- кабинет психологической разгрузки [5].

Совместными усилиями колледжа и социальных партнеров имеющиеся учебные аптеки модернизированы в УПК:

- программное обеспечение, формы документов, оборудование максимально приближено к реально существующим;
- созданы условия для моделирования профессиональной деятельности и использования развивающих методов обучения (имитационные игры, тренинги, деловые игры);
- разработаны методические указания для студентов по схемам проведения консультаций по ответственному самолечению;
- отработаны логистические процессы, показывающие связь оптового и розничного звеньев и позволяющие сформировать профессиональную компетенцию по организации работы структурных подразделений аптеки и осуществлению руководства аптечной организацией;

- усовершенствована организация учебной практики по всем профессиональным модулям [2].

Комплекс рабочих зон по праву может считаться ЛИН-лабораторией, «фабрикой фармацевтических процессов», позволяющей формировать у студентов ЛИН-компетенции на основе использования lean-технологий:

- непрерывное улучшение качества-кайдзен (разработка стандартов операционных процедур);
- сокращение потерь, связанных с плохой организацией рабочего места (рациональное размещение товара, цветовое кодирование, метод FIFO – первый поступил, первый и используется);
- своевременная обратная связь (анализ оценки экспресс диагностики качества обслуживания);
- управление производством на основе потребительского спроса (принцип «Точно в срок» («Just in Time»), заказ лекарств по телефону, доставка лекарств на дом) [1].

Для создания оптимальных условий освоения профессиональных компетенций в УПК сформирована инновационная образовательная среда, базирующаяся на:

- инновационном содержании образования, которое благодаря конструктивным связям с работодателями постоянно обновляется в соответствии с требованиями фармацевтического бизнеса;
- инновационных технологиях образования, основанных на трансдисциплинарном подходе, интерактивных методах обучения (ролевые, деловые, имитационные игры, тренинги, исследовательские выпускные квалификационные работы и др.);
- инновационных методах воспитания, основанных на уточненных методиках воспитательной работы с молодежью в современных условиях [4].

Создание инновационного образовательного пространства позволило колледжу организовать процесс обучения на качественно новом уровне – обеспечить проведение учебной практики по всем МДК специальности Фармация, предусмотренным ФГОС [5].

Целью учебной практики, неотъемлемой части основной образовательной программы профессионального образования, является закрепление знаний, полученных студентами на теоретических и лабораторно-практических занятиях, а также приобретение первичного профессионального опыта.

Занятия в ЛИН-лаборатории позволяют участникам понять суть экономических и управленческих процессов в аптечных организациях, оценить свои способности работать в команде и другие деловые качества. Сценарий развивается таким образом, что участники имеют возможность индивидуально или в команде принять обоснованное решение как действовать в конкретной ситуации. Обратную связь организуют в течение всего периода обучения методом анкетирования или интервьюирования. Большинство респондентов отмечают, что погружение в обучение происходит наиболее полно и быстро, все участники максимально вовлекаются в имитацию и эффективно усваивают необходимый материал [3].

Заключительное занятие по профессиональному модулю – деловая игра «Рабочий день в аптеке» – проводится на базе Центральной аптеки «ВИТА», которая активно внедряет бережливые технологии: электронная очередь, счетчик покупателей, интерактивная зона ожидания, терминал обратной связи и др.

Между студентами распределяются роли, которые они играют в соответствии с должностными инструкциями конкретных рабочих мест: заведующий аптекой, фармацевт по приему товаров и распределению их по местам хранения, фармацевт по отпуску лекарственных препаратов и товаров аптечного ассортимента, консультант торгового зала и др. В течение игры студенты демонстрируют компетенции, сформированные в процессе

обучения, решают конкретные производственные задачи, общаются с покупателями в реальных условиях. Такое занятие позволяет студентам почувствовать уверенность в своих знаниях и силах перед прохождением производственной практики по профилю специальности.

В 2018 г. проводилось исследование степени освоения основных видов деятельности студентами на базе УПК. В анкетировании принимали участие 3 группы респондентов:

1. студенты колледжа, проходившие учебную практику в УПК (124 чел.);
2. выпускники колледжа (стаж работы 2–3 года), не проходившие учебную практику в УПК (117 чел.);
3. руководители аптечных организаций, в которых работают выпускники и проходят практику студенты (67 чел.).

Предлагалось оценить по трехбалльной шкале уровень усвоения некоторых видов деятельности на момент окончания колледжа.

Результаты исследования показали, что по всем представленным видам работ обучение на базе УПК повысило самооценку студентов. Руководители аптек отмечают, что студенты, обучающиеся с применением новых технологий, выгодно отличаются от их предшественников: быстрее включаются в рабочий процесс, ситуативны, умеют принимать оптимальное решение в нестандартной ситуации.

Заключение. Таким образом, «фабрика фармацевтических процессов» является инновационной методикой обучения, основанной на полном погружении обучающихся в изучаемый процесс, использовании симуляционного подхода к формированию и развитию профессиональных, коммуникативных и ЛИН-компетенций [6].

Созданный учебно-производственный комплекс «Бережливая аптека» является эталонной базой для подготовки выпускников к первичной аккредитации, повышения уровня их мотивации к работе, развития у студентов устойчивых навыков работы с инструментами бережливого

производства, формирования условий, необходимых для сокращения периода адаптации выпускников к работе в аптеке.

Литература

1. ГОСТ Р 56020-2014. Бережливое производство. Основные положения и словарь.
2. Гречко В.Н., Пегова И.А., Рыжова Е.С. Создание учебной бережливой аптеки – инновационная технология опережающего обучения. // Материалы научно-практической конференции «Педагогические инновации в процессе обучения специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием». – Н. Новгород, 2018 – С. 67–70.
3. Шаклунов А.А., Гречко В.Н., Пегова И.А. Внедрение проекта «Бережливая аптека» в образовательный процесс ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж» // Специалист здравоохранения. 2018. – № 2 (16). – С. 7-8.
4. Гречко В.Н., Пегова И.А. Создание инновационной образовательной среды в условиях социального партнерства // Материалы всероссийской научно-практической конференции «Новые технологии в деятельности специалистов со средним медицинским образованием в оказании первичной медико-санитарной помощи». – Пенза, 2017. – С. 149-152.
5. Гречко В.Н., Пегова И.А. Моделирование профессиональной деятельности фармацевта в ресурсном центре ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж» // Ремедиум Приволжье. 2016. – № 4. – С. 6-7.
6. Бережливый менеджмент в здравоохранении // Бережливое производство в медицине. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://lean-kaizen.ru/article/medicine.html>.

УДК: 377.12

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИСТАНЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ПОСТДИПЛОМНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Кадникова Екатерина Анатольевна,

ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород, Россия

Аннотация. В статье изложены основные направления реформирования постдипломного профессионального образования среднего медицинского персонала в России. На современном этапе представлены принципиальные подходы по формированию дистанционной технологии в системе постдипломного образовательного процесса в здравоохранении. По данным ряда отечественных и зарубежных авторов обобщены основные дискуссионные проблемы и недостатки дистанционной технологии в медицине, касающиеся качества профессиональной подготовки медицинского персонала. Указаны основные профессиональные группы работников здравоохранения, для которых дистанционная технология на данном этапе развития неприемлема.

MODERN PROBLEMS OF REMOTE TECHNOLOGY IN THE SYSTEM OF POST-DEGREE PROFESSIONAL EDUCATION OF AVERAGE MEDICAL PERSONNEL

Kadnikova Ekaterina Anatolyevna,

GAU DPO NO «Center of advanced training and retraining of health professionals», Nizhny Novgorod, Russia

Annotation. The article deals with the main directions of reforming the postgraduate professional education of secondary medical personnel in Russia.

At the present stage, the main approaches to the formation of distance technology in the system of postgraduate educational process in health care are presented. According to a number of domestic and foreign authors, the main discussion problems and shortcomings of remote technologies in medicine related to the quality of medical training are summarized. The main professional groups of medical workers for whom remote technology at this stage of development is unacceptable are specified.

Введение. Система постдипломного медицинского образования в Российской Федерации в последние годы характеризуется рядом перманентных реформ. Так, в частности, несколько лет назад Федеральным законом № 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» (2011 г.) вместо системы сертификации врачей и среднего медицинского персонала была введена система аккредитации на основе непрерывного медицинского и фармацевтического образования. Процессы информатизации побуждают научно-педагогическую общественность и всю систему управления образованием обратиться к проблеме модернизации образовательного процесса, которая в современных условиях должна базироваться на внедрении информационных и коммуникационных технологий, позволяющих развиваться различным формам образования, осуществлять его дистанционно.

В настоящее время учебное заведение дополнительного профессионального образования находится в условиях, когда необходимо учитывать все факторы, влияющие на возможности использования им дистанционных технологий в образовательном процессе. Потребности общества, работодателя, индивида требуют ориентации учебного заведения на:

- повышение качества учебного процесса за счет совершенствования содержания образовательных программ и введения большего объема практических занятий;

- усиление блока дисциплин, связанных с информационными технологиями;
- расширение использования экспериментов и компьютерного моделирования, позволяющих имитировать производственные (профессиональные) процессы служебной деятельности;
- модульность программ профессиональной переподготовки и повышения квалификации специалистов;
- самостоятельность и ответственность слушателей, возможность работать в рамках индивидуального графика обучения [4].

Что касается дистанционных образовательных технологий, то они адаптированы, главным образом, для теоретических информационных разделов учебного плана и по имеющимся опубликованным данным абсолютно не могут быть использованы для преподавания клинической медицины. Это касается, прежде всего, использования в дистанционном образовании телемедицины. Так, в частности, в январе текущего года вступил в силу Федеральный закон «О телемедицине» № 242-ФЗ, в котором законодательно предусмотрена необходимость проведения видеоконференций и видеоконсультаций врачам и среднему медицинскому персоналу в рамках дистанционного образования.

Однако, как отмечают авторы А. Данилин и М. Ганин, законодательной базы пока не хватает для того, чтобы телемедицина стала реальностью. Телемедицина в условиях дистанционного образования в здравоохранении не может документировать процесс обучения, исключает возможности заочного тестирования и выдачи официального документа о завершении цикла дополнительного профессионального образования. Пока невозможно идентифицировать личность обучаемого, что не исключает возможности фальсификации [3].

Фальсификация дистанционного образования реализуется в форме включения в учебный процесс, помимо государственных образовательных учреждений, различных частных предпринимателей, в том числе

медицинского профиля. Часто в электронных аукционах, объявленных медицинскими организациями, принимают участие частные фирмы и предприниматели, имеющие лицензию на образовательную деятельность, но предлагающие под маркой дистанционного образования – электронное обучение, вплоть до элементарного сканирования учебников.

После объявления рекламного ролика под каким-либо звучным названием и формирования группы заинтересованных лиц, такие фирмы (компании) скачивают информацию с сайтов по профилю заказанной тематики, либо в целом Википедию. По существу, это одна из форм преступной капитализации фирмы.

Как отмечает С.Б. Жаутикова в качестве электронного ресурса могут быть использованы также монографии, справочные пособия, дублированные в сети в электронных вариантах.

Возникает также проблема аутентификации пользователя при тестировании или другой форме проверки уровня профессиональной компетенции, когда вместо обучаемого экзаменуется другое более квалифицированное лицо (по материальным или другим мотивам).

Остается острым вопрос о дефиците педагогов, которые могли бы разрабатывать и внедрять дистанционные курсы. Со всей очевидностью необходимы специалисты- провайдеры, которые могут иметь техническую подготовку для эксплуатации и технического обслуживания компьютерного оборудования. Кстати, приобретение данного электронного видео оборудования – еще одна статья существенных расходов любого образовательного учреждения [1].

Как известно, технология дистанционного обучения в настоящее время внедряется на всех уровнях образования. Несмотря на все большее распространение, данная технология не является до конца исследованной и при всех видимых преимуществах, таких как возможность обучаться без отрыва от трудовой деятельности, доступность для жителей отдаленных

районов и т.д., на практике оборачивается резким снижением качества, получаемого образования в сравнении с традиционной технологией.

К сожалению, образовательные услуги, предоставляемые под названием «Дистанционное образование», в большинстве своем позиционируются как дешевое массовое образование умеренного/низкого качества. При этом утрачиваются основные принципы открытого дистанционного образования. Данная тенденция ярко выражена и в положениях нормативно-правовых актов, где дистанционное образование рассматривается чаще всего в рамках заочной формы обучения.

Нет определенности относительно условий организации учебного процесса при использовании дистанционных образовательных технологий. Образовательное учреждение может осуществлять его только на своей базе или через сеть филиалов и представительств, что ограничивает возможности применения данных технологий. Условия организации аудиторных занятий на рабочем месте специалиста или дома нормативно не установлены, что нивелирует многие преимущества, предоставляемые дистанционным обучением. При широком применении электронных учебно-методических комплексов и разнообразии разрабатываемых программ и учебно-методических пособий не утверждены единые требования к построению и порядку их применения.

По мнению Д.В. Пивень, к существенным недостаткам дистанционного обучения можно отнести:

- отсутствие прямого очного общения между обучающимися и преподавателем – обезличенность общения;
- высокую зависимость от технической инфраструктуры, ориентация на технические средства и виртуальную среду, необходимость постоянного обновления программного обеспечения;
- отсутствие необходимой подготовки специалистов в сфере технологий дистанционного обучения, для создания качественных

мультимедийных ресурсов требуется высокая квалификация разработчиков – команда из специалиста предметной области, программиста и т.д.;

- необходимость индивидуально-психологических условий для дистанционного обучения – высокая мотивированность, самодисциплина, самоконтроль учащегося при отсутствии внешнего контроля процесса учебной деятельности;

- недостаток практических занятий;

- недостаточная компьютерная грамотность обучающихся и слушателей, отсутствие опыта дистанционного обучения;

- недостаточная развитость информационно-коммуникационной инфраструктуры на огромной территории России;

- слабое использование стандартов в дистанционном обучении; неразвитость и несовершенство стандартов затрудняет повторное использование, обмен, многократное использование, совместимость учебных материалов;

- недостаточная интерактивность современных курсов дистанционного обучения. В настоящее время содержательную основу курсов составляют лекции в виде текстовых материалов и простейших графических объектов. Блоки контроля знаний в виде текстовых заданий не позволяют в полной мере оценить практические навыки специалиста и его профессиональные компетенции [2].

Поскольку до сих пор не предложено оптимальных технологических решений, большинство дистанционных программ по-прежнему предполагает очную экзаменационную сессию. Невозможно сказать, кто на другом конце провода. В ряде случаев это является проблемой и требует специальных мер, приемов и навыков у преподавателей – тьюторов. При отсутствии необходимого штата преподавателей, способных грамотно выстроить дистанционный учебный курс на всех его этапах – от подбора материала до средств контроля и оценивания – дистанционное обучение теряет смысл и нивелирует все его теоретические преимущества.

Хотели бы лично Вы попасть на прием к специалисту-медику, прошедшему дистанционное обучение вместо традиционного очного? Доверили бы Вы такому специалисту свое здоровье или жизнь?

Еще из земской медицины известен принцип: «Лечить не болезнь, а больного».

Следовательно, заочная форма образования может существенно разрушить психологическое общение с пациентом и, таким образом, подорвать основы деонтологии и медицинской этики.

Не меньшую сложность приобретает необходимость обучения среднего медицинского персонала разного рода манипуляциям от инъекций или капельниц, обработки раневой поверхности и наложения повязки, до оказания неотложной медицинской помощи и проведения сердечно-легочной реанимации.

Данные навыки особенно необходимы при самостоятельной работе фельдшера в условиях ФАП в сельской местности.

Приказом Министерства образования и науки РФ № 22 от 20.01.2014 г. определен перечень специальностей среднего профессионального образования, реализация образовательных программ по которым не допускается с применением исключительно электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. К ним относятся специальности среднего медицинского звена: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Лабораторная диагностика», «Сестринское дело», «Стоматология ортопедическая», «Стоматология профилактическая», «Медико-профилактическое дело», «Фармация».

Заключение. Таким образом, дистанционные технологии в системе постдипломного профессионального образования среднего медицинского персонала на современном этапе не имеют однозначной оценки. Наряду с некоторыми позитивными элементами доступности и необременительности имеют место существенные недостатки, которые приобретают

принципиально важное значение и существенно снижают качество подготовки специалистов здравоохранения.

Литература

1. Жаутикова С.Б. Опыт применения инновационных методов обучения в КГМУ / С.Б. Жаутикова, К.М. Жиенбаева, С.М. Аринова // Медицина и экология. – 2016. – № 2. – С. 106-108.
2. Пивень Д.В. Всегда ли законно дистанционное обучение врача? VideoLika.ru.
3. Телемедицина: приближение к реальности // National Business. – 2019. – № 3. – С. 30-32.
4. Шуваева В.В. Дистанционные технологии обучения в системе дополнительного профессионального образования // Управление персоналом. – 2005. – № 3. – С. 36-39.

УДК: 614.253.52

СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ – ПРИОРИТЕТ В НЕПРЕРЫВНОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Воробьева Ольга Дмитриевна,

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 5», г. Нижний Новгород,
Россия

Аннотация. Эффективная профессиональная подготовка специалистов сестринского дела, имеющих различный стаж работы в системе здравоохранения, включает в себя изучение теоретического материала и проведение практических занятий с использованием симуляционных технологий. Профессиональный опыт формируется в процессе трудовой деятельности, а отсутствие навыков нарабатывается на симуляционных тренажерах. Правильно организованные симуляционные занятия обеспечивают развитие и сохранение сестринского персонала.

SIMULATION TRAINING PRIORITY IN CONTINUOUS PROFESSIONAL EDUCATION OF MEDICAL SISTERS

Vorobeva Olga Dmitrievna,

City Clinical Hospital № 5, Nizhny Novgorod, Russia

Annotation. Effective vocational training for nursing professionals with different work experience in the health care system includes the study of theoretical material and practical exercises using simulation technologies. Professional experience is formed in the course of work, and the lack of skills is gained on simulation simulators. Properly organized simulation classes ensure the development and preservation of nursing staff.

Введение. Современные требования оказания медицинской помощи населению в первую очередь зависят от квалифицированного и компетентного персонала, и только, во вторую, от высокотехнологичного оборудования [3]. Эффективная профессиональная подготовка специалистов сестринского дела, имеющих различный стаж работы в системе здравоохранения, включает в себя не только изучение теоретического материала, но и проведение практических занятий с использованием симуляционных технологий. Непрерывное профессиональное образования должно быть сформировано в единой структуре неразрывности теории и практики. Возможность получения и совершенствования клинических умений с использованием симуляторов улучшает освоение материала и предотвращает ошибки [2].

Целью данной работы является определение способности и готовности среднего медицинского персонала к процессу повышения профессиональной компетенции с использованием симуляционных тренажеров.

Материалы и методы. Исследовательская работа проводилась на базе ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 5» г. Нижнего Новгорода в

период с 2016–2018 гг. среди медицинских сестер, имеющих различный профессиональный стаж и квалификацию. Анкетирование респондентов проводилось на добровольной и анонимной основе, что способствовало повышению уровня достоверности полученных ответов.

Результаты и обсуждения. На первом этапе исследования нас интересовал вопрос: «Какие трудности возникали на этапе вхождения в профессию?». Респонденты, имеющие профессиональный опыт и окончившие обучение несколько лет назад, отметили: неадекватная подготовка 15,2%, отсутствие опыта 33,4%, плохие манипуляционные навыки 35,7%, отсутствие опытного помощника 15,7%. Медицинские сестры, недавно окончившие медицинский колледж, ответили следующим образом: неадекватная подготовка 16,4%, отсутствие опыта 35,2%, плохие манипуляционные навыки 30,7%, отсутствие опытного помощника 17,7%. Данный факт свидетельствует о том, что уже на этапе вхождения в профессиональную среду, медицинские сестры разных поколений испытывают трудности из-за отсутствия опыта и плохих манипуляционных навыков. Профессиональный опыт нарабатывается в процессе трудовой деятельности, а отсутствие навыков должно быть компенсировано посредством занятий на симуляционных тренажерах.

Следующий вопрос касался готовности медицинских сестер принять участие в занятиях на симуляторах. Большинство молодых специалистов (92,5%) имели возможность познакомиться с симуляторами во время лабораторных и практических занятий (ЛПЗ) в колледже и не испытывали трудностей во время адаптационных занятий на рабочем месте. Специалисты сестринского дела с профессиональным стажем (65,4%) не рассматривали практику с помощью симуляционных тренажеров как необходимый элемент для повышения квалификационного уровня. Оставшаяся часть респондентов из числа стажированных (34,6%) выразили активный интерес в процессе обучения в симуляционном классе. Анкетирование показало, что в результате симуляционных занятий на рабочем месте, респонденты

определили ряд внутренних потребностей, необходимых для улучшения качества непрерывного образовательного процесса. На первом месте, по мнению медицинских сестер, обучение должно быть доступным (58,6%). На втором (24,3%) – предложение разыгрывать ситуационные сценарии с учетом клинических случаев, присущих данной медицинской организации (МО). Возможность адекватно оценивать и обсуждать ситуацию выполнения мероприятий, а также, выделить области, в которых им еще недостаточно знаний и умений, составило 17,1% от общего числа ответов. Подводя итоги полученных результатов, можно с уверенностью сказать, что применение симуляционных технологий в процессе непрерывного образования играет решающую роль в профессиональной среде медицинских сестер. Правильно организованные симуляционные занятия обеспечивают развитие и сохранение сестринского персонала [1].

Заключение. На основании полученных результатов, были сделаны следующие выводы:

1. Проведение симуляционного обучения на рабочем месте специалистов сестринского дела необходимо независимо от стажа и опыта работы медицинского персонала;
2. Программы симуляционных технологий должны быть разработаны с учетом клинических ситуаций, проблем, связанных с выполнением сестринских манипуляций.

Литература

1. Симуляционное обучения в медицине / Под редакцией Свистунова А.А. составитель Горшков М.Д. – Москва: Издательство Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2013. – 288 с., ил.
2. Симуляционное обучение. Руководство / Шабунин А.В., Логинов Ю.И. // Первое национальное руководство по симуляционному обучению. – М.: Гэотар-Медиа, 2018. – С. 792.
3. <http://rosomed.ru/file>.

УДК: 377.5

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ РЕСУРСОВ В НЕПРЕРЫВНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Софронова Нина Викторовна,

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 5», г. Нижний Новгород,
Россия

Аннотация. Проанализирован уровень мотивации к обучению и усвоения знаний при стандартном очном повышении квалификации при посещении профильных научно-практических конференций общемедицинской тематики и применении дистанционных образовательных технологий с самостоятельным выбором темы лекций и семинаров. Для оценки эффективности использованы визуальные аналоговые шкалы и тестирование. Выявлено, что активное участие обучающихся в выборе курса и соответствие темы ДО ежедневным практическим потребностям медицинской сестры, ассоциированным с ее повседневной деятельностью на рабочем месте, повышало мотивацию к обучению и способствовало более качественному усвоению материала.

USING OF DISTANCE EDUCATIONAL RESOURCES IN CONTINUING MEDICAL EDUCATION OF A NURSE

Sofronova Nina Viktorovna,

City clinical hospital № 5, Nizhny Novgorod, Russia

Annotation. The level of motivation for learning and mastering knowledge with standard full-time training when attending specialized scientific and practical conferences of general medical topics and the use of distance learning technologies with independent selection of lectures and seminars is analyzed. To assess the effectiveness of the used visual analogue scales and testing. It was revealed that the active participation of students in choosing a course and the compliance of the subject with the daily practical needs of a nurse associated with her daily activities in the workplace, increased motivation to learn and contributed to better learning.

Введение. В настоящее время происходит быстрое развитие здравоохранения с выходом на новый технологический уровень решения задач сохранения здоровья с увеличением активности фундаментальных исследований, информатизации, перехода к новой модели организации помощи – к медицине 4П, созданием и реализацией программ управления хроническими заболеваниями [1] Совершенствование и появление новых медицинских технологий, аппаратов и методик диагностики и лечения наиболее заметно в сфере профилактики, выявления и предотвращения последствий социально значимых заболеваний, в том числе – патологии сердечно-сосудистой системы. В частности, стремление к повышению качества жизни пациента с ИБС и ее осложнениями обуславливает разработку новых кардиостимуляторов, кардиовертеров-дефибрилляторов, аппаратов для кардиоресинхронизирующей терапии, стентов, клапанных и сосудистых протезов, внедрение в широкую клиническую практику никогда ранее не использовавшихся препаратов и изменение схем их применения.

В соответствии с профессиональными стандартами, роль среднего медицинского персонала, составляющего самую многочисленную категорию медицинских работников, не сводится к механическому выполнению назначений врача, а включает самостоятельную оценку состояния и потребностей пациента, принятие обоснованных решений в процессе наблюдения и ухода за ним [2]. Это обязывает медсестру постоянно изучать новые применяемые врачами отделения технологии, препараты и приборы, без чего невозможно качественно проводить обследование, оказывать помощь и проводить профилактику осложнений.

В соответствии с современными образовательными стандартами, непрерывное медицинское образование (НМО) начинается фактически сразу после получения специальности и продолжается в течение всей профессиональной деятельности медицинской сестры посредством реализации программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки. Так как образование медсестры подразумевает наличие

навыка работы на персональном компьютере в объеме пользователя, наиболее доступным считаем именно применение дистанционных технологий повышения квалификации, что особенно ценно из-за возможности обучения в любое удобное время и «без отрыва от производства».

Дистанционное образование (ДО) осуществляется с помощью телекоммуникационных технологий и может включать электронные интерактивные учебники, видеолекции и семинары, презентации, просмотр обучающих фильмов, в том числе – предшествующих очному симуляционному обучению или практике. Также в режиме реального времени курсанты могут проходить тестирование с оценкой исходного уровня знаний и их усвоения в процессе подготовки, получать индивидуальные или групповые консультации педагога, участвовать в дискуссии и решить ситуационные задачи, максимально приближенные к реальной клинической практике.

Материалы и методы. Проведен анализ уровня мотивации к обучению и усвоения знаний при стандартном очном повышении квалификации при посещении профильных научно-практических конференций общемедицинской тематики и применении дистанционных образовательных технологий с самостоятельным выбором темы лекций и семинаров.

В качестве оценочных методов применялось тестирование «выживаемости знаний» по профессиональной тематике, проведенное через 1 месяц после окончания обучения, и визуальные аналоговые шкалы (ВАШ), по которым курсантам предлагали отметить их изначальную заинтересованность циклом и мотивированность к обучению, внимание, уделяемое материалу в ходе лекций и семинаров, а также удовлетворенность полученными знаниями и их актуальностью для практической деятельности. ВАШ представлены в виде градуированной 10-бальной шкалы, с градиентной маркировкой от зеленого (максимум, 10 баллов) до красного

(минимум, 0 баллов) цветов и позволяют получить субъективные оценки исследуемых параметров на момент тестирования.

Результаты и обсуждение. Интерпретация данных, полученных с помощью ВАШ, продемонстрировала следующую разницу исследуемых параметров в исследуемой и контрольной группах: заинтересованность циклом 9,0 и 6,1 баллов, мотивированность к обучению 8,9 и 6,4 баллов, внимание к излагаемому материалу 9,1 и 5,8 баллов, удовлетворенность полученными знаниями 8,7 и 4,6 баллов и их актуальность для практической деятельности 9,3 и 6,2 баллов соответственно.

Тестирование «выживаемости знаний» по тематике занятий, в среднем показало низкий процент правильных ответов в контрольной группе – 76%, при 86% в основной группе ($p > 0,05$), то есть включение в программы непрерывного медицинского образования возможности индивидуального выбора прослушиваемых дистанционных лекций и семинаров способствовало повышению качества обучения за счет повышения мотивации и, соответственно, интереса к данному материалу, осознанному погружению в образовательный процесс.

Мы считаем именно самостоятельный выбор обучающимся темы возможного дистанционного цикла важным мотивационным компонентом, т.к. доказано, что для оптимизации процесса образования и большего прогресса профессиональных навыков, важно сделать самого учащегося активным потребителем знаний, что соответствует современным тенденциям эффективного образования [3, 4].

Заключение. Соответствие темы ДО ежедневным практическим потребностям медицинской сестры, ассоциированным с ее повседневной деятельностью на рабочем месте, повышало мотивацию к обучению и способствовало более качественному усвоению материала.

Литература

1. Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития [Текст]: докл. к XVIII Апр. междунар. науч. конф. по проблемам

развития экономики и общества, Москва, 11–14 апр. 2017 г. / рук. авт. кол. С.В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. 54 с.

2. Милькаманович В.К. Роль медицинской сестры на современном этапе развития здравоохранения // Медицинские новости. 2015. № 12. С. 68–70.

3. Сенатор, С.Ю. Современные требования к подготовке студентов вуза // Вестник Московского государственного гуманитарного университета им. М.А. Шолохова. Педагогика и психология. 2010. № 1. С. 70–77.

4. Немирова С.В., Медведев А.П., Потемина Т.Е., Горох О.В. Оптимизации процесса освоения практических навыков на кафедрах хирургического профиля // Перитонит от А до Я. Всероссийская школа: Материалы IX Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием (Ярославль, 18–19 мая 2016 г.) / Под ред. Проф. А.Б. Ларичева. – Ярославль: Авер-Плюс, 2016. С. 585–587.

УДК: 616-08-039.57

РАЗВИТИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ СТАРШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАМКАХ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Пудовинникова¹ Лариса Юлдашевна, Карасева² Лариса Аркадьевна,

¹ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15

Промышленного района», Самара, Россия,

²ФГБУЗ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Самара, Россия

Аннотация. В статье рассмотрена роль старшей медицинской сестры в организации непрерывного профессионального развития медицинских сестер, влияющего на качество оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе.

DEVELOPMENT OF PERSONAL SKILLS OF THE SENIOR NURSE WITHIN CONTINUOUS PROFESSIONAL EDUCATION

Pudovinnikova¹ Larisa Yuldashevna, Karasyova² Larisa Arkadyevna,

¹State budgetary institution of health care of the Samara region «Samara city clinical polyclinic № 15 of the Industrial District», Samara, Russian Federation,

²Samara state medical University, Samara, Russian Federation

Annotation. The article deals with the role of senior nurses in organizing continuing professional development of nurses, affect the quality of medical care at out-patient phase.

Основная цель деятельности старшей медсестры: максимально эффективное использование профессионального и личностного потенциала персонала отделения для решения главной задачи медицинской организации – обеспечения высокого качества медицинской помощи пациентам.

Функции старшей медсестры осуществляются по следующим направлениям: организационное, контролирующее и методическое. Особенности деятельности старшей медицинской сестры зависят от места работы и профиля отделения.

Старшая медицинская сестра должна обладать организаторскими и аналитическими способностями, быть ответственной, требовательной и внимательной. Аналитическая деятельность старшей медицинской сестры заключается в умении управлять несоответствиями: определить проблемные стороны деятельности сестринской помощи, определить цели, задачи для достижения этих целей, наметить мероприятия, распределить их по степени важности. В процессе их выполнения мониторировать результат, при отклонении вносить своевременно коррективы. На всех этапах осуществлять контроль качества сестринской помощи.

Модель медицинской сестры-менеджера целесообразно определять профессиональным мастерством, включающим определенную сумму знаний, умений, навыков, обеспечивающих выполнение профессиональных обязанностей.

Признаки, составляющие основу модели медицинской сестры – менеджера можно представить следующими группами умений и навыков (Пример: таблица) Двойников С.И. и др., 2005; Творогова Н.Д., 2005 и т.д.

Таблица.

Основные умения и навыки медицинской сестры – менеджера

Навыки и умения		Качества и способности	
I. Стратегические умения:	Определять свои цели;	I. Личные качества:	требовательность, справедливость,
	Выделять приоритеты возникающих проблем;		самокритичность,
	Внедрять передовой опыт и новые технологии.		обязательность.
II. Умение оперативно-тактического управления	Ставить задачи исполнителям, требовать и контролировать их выполнение;	II. Профессионально-деловые качества:	профессиональная подготовка, знания по технологии, организации управления, способность реализовать эти знания на практике,
	Распределять функции, права и обязанности между отдельными медицинскими сестрами;		общая культура,
	Оценивать последствия принимаемых решений;		знания по психологии и педагогике,
	Анализировать поступающую управленческую информацию.		знания по основам экономики и права.
III. Коммуникативные умения, характеризующие работу непосредственно с людьми:	Способность аргументировать, убеждать и мобилизовать коллектив на выполнение задачи;	III. Административно-организационные способности (умение организовать людей на выполнение своих заданий):	твердость характера,
	Вести эффективную кадровую политику (не допускать ошибок при найме, расстановке и перемещении младшего и среднего персонала).		энергичность,

	Выслушивать оппонентов и учитывать их мнение;		инициативность, деловитость,
	Информировать членов коллектива о событиях, планах, перспективах;		целенаправленность,
	Организовывать повышение квалификации работников, решать их социально-бытовые проблемы;		оперативность,
	Привлекать к себе людей, управлять своим эмоциональным состоянием.		коммуникабельность.

Деятельность старшей медсестры многопрофильной поликлиники имеет необходимость уделять больше внимания работе с сестринским персоналом:

- ✓ обучению медсестер и повышению их профессиональной квалификации, мероприятиям по приему их на работу и т.д.;
- ✓ большей, в сравнении со стационаром, значимостью профилактической, санитарно-просветительной и медико-социальной работы с пациентами, что обуславливает особую важность знаний в области права, психологии, педагогики, социологии;
- ✓ большей необходимостью «социальной активности, ее взаимодействия с представителями других организаций, как сферы здравоохранения, так и иных, что обуславливает особую важность знаний в области права, экономики, маркетинга, социологии.

Для рациональной организации личного труда старших и главной медицинских сестер должны быть выполнены следующие условия:

- ✓ создание удобного рабочего места (в отделении);
- ✓ экономное использование рабочего времени (составление плана работы на день, неделю, месяц, год);
- ✓ рациональное делопроизводство и работа с документацией (включая электронный документооборот);

- ✓ тщательная подготовка к обходам и проверкам отделений и служб поликлиники, к выступлениям на планерках, совещаниях и т. д.;
- ✓ освоение и использование психологических методов делового общения с работниками МО, пациентами, родственниками с соблюдением этики и деонтологии;
- ✓ регулярное проведение анализа эффективности управленческой деятельности старшей и главной медицинской сестры и организации своего личного труда.

В СГКП № 15 с 1996года начался процесс реструктуризации, началось внедрение института общей врачебной практики (семейной медицины). Одним из принципов общей врачебной практики является оказание квалифицированной первичной медико-санитарной помощи каждой семье и прикрепленному населению в целом. Работа врача общей практики первичного звена напрямую зависит от качества подготовки и профессионализма работы среднего медицинского персонала. В связи с внедрением самостоятельного приема медицинских сестер, возникла потребность в дополнительном обучении медицинских сестер, совершенствовании их профессиональных знаний и практических навыков и умений.

В рамках реализации плана мероприятий («дорожная карта») по расширению функций специалистов со средним медицинским образованием, в рамках непрерывного профессионального образования (далее НПО) в образовательных учреждениях прошли обучение 65 медицинских сестер и акушеров

в ГБПОУ Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной:

- ✓ по программе: «Первичная медико-санитарная помощь взрослому населению, углубленная подготовка по самостоятельному приему пациентов» - 17 медицинских сестер врачей общей практики;
- ✓ Организация самостоятельного приема-медицинская сестра кабинета офтальмолога по программе: «Сестринское дело в офтальмологии. Основы медицинской оптики».

в ГБОУ ВПО ИСО СамГМУ Минздрава России:

✓ по программе «Современные подходы к организации деятельности старшей медицинской сестры» обучено 18 старших медицинских сестер и 2 медицинских сестры из резерва;

✓ по программе «Современные аспекты в профессиональной деятельности медицинской сестры педиатрической службы (расширение функций в сестринской практике)» обучено 17 медицинских сестер участковых.

✓ по программе «Современные аспекты в профессиональной деятельности акушерки (расширение функций в акушерской практике)» обучение прошли 10 акушерок «Центра женского здоровья» поликлиники.

В целях изучения эффективности обучения проводится тестирование обученных медицинских сестер, оценка и контроль проведения обучающих занятий. Практическая значимость повышения эффективности процесса НПО очень высока и требует систематического подхода. Благодаря внедрению системы НПО улучшилась компетентность специалистов по следующим критериям:

- ✓ личностные качества;
- ✓ хорошие знания по специальности;
- ✓ умение выполнять необходимые практические навыки;
- ✓ организационные навыки и навыки управления (аудита, анализа, оценки, коррекции);
- ✓ навыки преподавания и обучения.

Таким образом, проведя анализ деятельности НПО медицинских сестер на амбулаторном этапе, можно сделать вывод что, ее развитие, призвано способствовать укреплению научных знаний и их внедрения в сестринскую практику, что в свою очередь повышает качество оказания первичной медик-санитарной помощи.

РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ПРОВЕДЕНИИ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

Назарова Елена Константиновна, Петрова Светлана Викторовна,

Цуканова Валентина Александровна,

ГАПОУ СО «Вольский Медицинский колледж им. З.И. Маресевой»,

г. Вольск, Россия

Повышение качества оказания медицинской помощи, ее безопасность и повышение эффективности расходования государственных ресурсов напрямую связаны с уровнем квалификации медицинских работников. Анализ ситуации с оценкой профессиональных квалификаций специалистов здравоохранения в Российской Федерации показал, что существует целый ряд нерешенных проблем.

В настоящее время совершенно очевидно, что оценка профессиональных квалификаций специалиста должна проводиться независимыми экспертами из числа профессионалов, не связанных никакими обязательствами, кроме одного – стремления к объективности и ответственности выполнения своей миссии перед врачами, пациентами и работодателями.

С введением в действие Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста» (статья 69). Это явилось предпосылкой для создания в Российской Федерации единой национальной системы аккредитации медицинских работников.

С 1 января 2016 г. вступил в силу Федеральный закон от 29 декабря 2015 г. № 389-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», в соответствии с которым сертификаты специалиста будут выдаваться медицинским и фармацевтическим работникам до 1 января 2021 г.

Аккредитация специалиста – это процедура определения соответствия готовности конкретного лица к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности в соответствии с профессиональным стандартом по специальности.

По мере осмысления и развития концепции аккредитации специалистов ее разновидности находятся в процессе обсуждения и претерпевают определенные изменения, но во всех случаях ключевая роль отводится первичной аккредитации выпускников медицинских образовательных организаций. Первичная аккредитация специалиста предназначена для определения готовности выпускников к осуществлению медицинской или фармацевтической деятельности.

При оценивании выпускников с целью определения или подтверждения их готовности к осуществлению самостоятельной профессиональной деятельности необходимо учитывать требования и профессиональных, и образовательных стандартов путем установления соответствия между ними. При этом необходимо помнить, что требования профессиональных стандартов первичны, а компетенции должны вытекать из них, обеспечивая способности к выполнению трудовых действий.

Работу по созданию системы аккредитации возглавляет Министерство здравоохранения Российской Федерации, которое формирует аккредитационные комиссии с участием профессиональных некоммерческих организаций, осуществляет контроль за разработкой оценочных средств и осуществляет другие функции по организации проведения аккредитации специалистов здравоохранения.

Первоначально в деятельности Методического центра были определены регламентирующие принципы процедур аккредитации, направленные на обеспечение высокой объективности (надежности), обоснованности (валидности) и сопоставимости оценок испытуемых. Соблюдение этих принципов позволяет гарантировать справедливость процедур аккредитации, выполнение их без нарушения прав отдельных лиц или групп лиц на получение обоснованных оценок своей готовности к осуществлению профессиональной деятельности. Поэтому оценивание специалистов при аккредитации предполагает обязательное обращение к теории измерений в социальных науках и всем ее прикладным компонентам: методикам разработки измерителей, методикам анализа качества измерителей и результатов измерений и построения шкал для интерпретации оценок испытуемых.

При определении модели оценочных средств для первичной аккредитации специалистов предпочтение было отдано многостадийному варианту измерений, включающему три этапа: этап оценки квалификации лица с помощью тестирования, этап оценки практических навыков и умений в симулированных условиях и этап решения ситуационных задач в форме мини-кейсов.

Обычно в многостадийных измерениях число стадий совпадает с числом диапазонов, выделенных для описания признаков проявления трудовых функций или компетенций, и на каждой стадии используются различные виды оценочных средств. Поэтому в приведенной ниже модели измерителя 3 стадии измерений соотнесены с различными видами оценочных средств, позволяющими обеспечить эффективное функционирование процедур аккредитации в соответствии с требованиями профессиональных стандартов. При этом предполагается, что задания разработаны таким образом, что нижняя часть измерителя включает наиболее легкие задания, соотнесенные с минимальной готовностью к профессиональной деятельности или компетентностью, средняя часть соответствует диапазону базовой готов-

ности или компетентности, а верхняя часть содержит наиболее трудные задания, выполнить которые способен только очень компетентный специалист.

Материалы находятся в свободном доступе на специально созданном Методическим центром аккредитации Интернет-ресурсе, а также могут быть открыты по ссылкам, размещенным на сайтах Минздрава и Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Работа на данном сайте позволяет выпускнику, находясь в любой точке России, где есть сеть Интернет, не только подготовиться к прохождению аккредитационного экзамена, но и оценить уровень своей подготовки путем прохождения репетиционного тестирования. Количество попыток выполнения репетиционного набора не ограничено. Выпускники медицинского колледжа достаточно активно готовятся к предстоящей первичной аккредитации специалистов.

Второй этап аккредитации включает оценку практических навыков и умений в симулированных условиях с целью определения владения выпускниками практическими навыками профессиональной деятельности в соответствии с требованиями профессионального стандарта. Оценка практических навыков и умений в симулированных условиях проводится в рамках объективного структурированного клинического экзамена, который представляет собой цепь оценочных станций, в которых экзаменатор определяет практические клинические навыки, используя предварительно установленную объективную систему баллов.

Третий этап аккредитации включают решение трех ситуационных задач в форме кейс-задач, в которых испытуемому предлагают осмыслить реальную ситуацию профессиональной деятельности, отражающую практическую проблему и владение профессиональными компетенциями. На данном этапе важная роль отводится экспертам аккредитационных комиссий. Состав аккредитационной комиссии формирует Минздрав Российской Федерации. В состав комиссии на паритетных началах включаются представители профессионального некоммерческого общества, работодателя и образовательных организаций.

Эксперты аккредитационных комиссий должны пройти обучение в методическом центре аккредитации. Это позволит обеспечить качество и единство в организации и проведении аккредитации специалистов в других образовательных организациях, осуществляющих подготовку медицинских и фармацевтических кадров.

Все специалисты, которым будет выдаваться свидетельство об аккредитации, должны автоматически включаться в систему непрерывного медицинского образования.

Непрерывное медицинское образование – это образовательный процесс, в результате которого медицинские работники постоянно (ежедневно) обновляют свои знания и практические навыки. Целью его является повышение качества оказываемой медицинской помощи и обеспечение безопасности пациента. Хорошо известно, что высококомпетентный специалист обеспечивает потребности населения в медицинской помощи на должном качественном уровне, охраняя тем самым законные права человека и его достоинство.

Развитие здравоохранения и медицинской науки обусловлено успешным продвижением медицинского образования и степенью его насыщения достижениями биомедицинских исследований. Прогресс медико-биологической науки стимулирует развитие медицинского образования и его симбиоз с современной наукой, формирует учебные программы, определяя их качество, а следовательно, и эффективность.

Прежний термин «непрерывное медицинское образование» (НМО) заменен термином «непрерывное профессиональное образование» (НПО). Новый термин раскрывает как более широкий смысл этого этапа медицинского образования средних медицинских работников.

Стимулом для обучения в течение всей жизни должен явиться критерий для отбора студентов, поступающих в медицинский колледж и обучающихся на всех этапах медицинского образования. Важно уже на начальном этапе подготовки будущих специалистов в медицинском

колледже формировать у студентов понимание необходимости и готовности совершенствовать свои знания на протяжении всего периода профессиональной деятельности.

Непрерывное профессиональное образование в корне отличается от предшествующих двух этапов медицинского образования: базового и непрерывного последиplomного. В то время как последние два сопровождаются определенными правилами и нормами, непрерывное профессиональное образование, главным образом, подразумевает в большей степени самоконтроль и основанное на практике активное самообучение, в отличие от контроля обучения со стороны. Помимо задачи повышения уровня индивидуального профессионального образования, целями НПО являются сохранение и развитие компетенций (знаний, умений и навыков) каждого среднего медицинского работника, необходимых в работе с постоянно меняющимися запросами пациентов. В задачи НПО также входит развитие системы охраны здоровья, реагирующей на новые научные открытия в медицине, и увеличивающиеся требования медицинских организаций и общества.

Для осуществления должной практики в течение всей своей профессиональной жизни средним медицинским работникам необходимо соответствовать современному уровню путем постоянного обучения в каком-либо направлении непрерывного образования. Для высококачественного оказания пациентам медицинской помощи содержание непрерывного профессионального образования должно быть направлено на усиление роли средних медицинских работников и совершенствование их компетентности (как клинических навыков, так и теоретических знаний). Сегодня фундаментальные нововведения изменяют медицинские понятия, методы и технологии, и представителям медицинской профессии необходимо через адекватное НПО осваивать эти нововведения. Становится все более существенной роль непрерывного профессионального образования в

гарантии качества медицинской помощи и в развитии системы российского здравоохранения.

Мотивация к непрерывному профессиональному образованию для медицинской сестры, фельдшера, акушерки, лабораторного техника и др. обусловлена тремя основными факторами:

- профессиональным стремлением к обеспечению оптимальной заботы о каждом пациенте;
- обязательством учитывать требования работодателей и общества;
- необходимостью сохранять в себе чувство удовлетворения, получаемое от работы.

В основе развития непрерывного профессионального образования лежат следующие принципы: персонифицированность, партнерство с профессиональными обществами, непрерывность, использование дистанционных технологий, ведение средними медицинскими работниками персонального отчета-портфолио. Обучение должно быть удобным для медицинского работника и включать все виды образовательной активности, включая конференции и семинары, работу в медицинской библиотеке, публикацию статей, изучение электронных модулей, обучение в симуляционных центрах.

Ассоциацией медицинских обществ по качеству (АСМОК) разработан проект Концепции развития непрерывного медицинского образования в России. Очевидно, что НПО является наиболее прогрессивной образовательной технологией, качественно превосходящей существующую систему сертификационных курсов повышения квалификации. Непрерывное профессиональное образование предпочтительнее для средних медицинских работников, поскольку образование становится действительно индивидуальным, четко планируемым на перспективу, позволяет работать над «слабыми местами» в знаниях и практических навыках. Именно это позволяет непрерывному профессиональному образованию стать более качественным, по сравнению с курсами повышения квалификации.

Непрерывное профессиональное образование также выгодно с точки зрения управления медицинскими организациями, поскольку:

- позволяет контролировать процесс обучения практически online, своевременно высказывая пожелания и замечания;
- плановость занятий исключает возможность «сертификационных авралов»;
- занятия проводятся без длительного отрыва от производства.

Это послужило основанием для перехода здравоохранения на новую парадигму «от образования на всю жизнь к образованию через всю жизнь».

Таким образом, внедряемая с 2016 г. в отечественном здравоохранении процедура аккредитации специалистов может рассматриваться как стартовая площадка, обеспечивающая вхождение медицинских и фармацевтических работников в систему непрерывного медицинского образования, которая наглядно отражает объективную потребность населения России в повышении качества медицинской помощи, оказываемую специалистами различного профиля.

Литература

1. Глыбочко П.В. Непрерывное профессиональное образование врачей: опыт внедрения инновационных технологий. Медицинское образование и вузовская наука. 2014; 1 (5): 4–7.
2. Егорова И.А., Шевченко С.Б., Куличенко В.П., Казаков В.Ф., Турзин П.С. Инновационные образовательные технологии в непрерывном медицинском образовании врачей. Медицинское образование и профессиональное развитие. 2013; (2–3): 154–5.
3. Свистунов А.А., Улумбекова Г.Э., Балкизов З.З. Непрерывное медицинское образование для улучшения качества медицинской помощи. Медицинское образование и профессиональное развитие. 2014; [1 (15)]: 21–31.
4. Свистунов А.А., Шубина Л.Б., Грибков Д.М. Возможности новой системы аккредитации специалистов в здравоохранении. Виртуальные технологии в медицине. 2015; 2 (14): 6.

**РОЛЬ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
«НОВОСИБИРСКАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ
СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА» В НЕПРЕРЫВНОМ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ СПЕЦИАЛИСТОВ
СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ**

Гололобова Людмила Дмитриевна,

РОО «Новосибирская профессиональная ассоциация специалистов
сестринского дела» (РОО «НПАССД»), Новосибирск, Россия

Аннотация. В статье рассказывается о реализованных возможностях общественной организации в проведении непрерывного профессионального образования специалистов среднего звена через традиционные и интерактивные формы повышения квалификации.

Непрерывное профессиональное образование – это динамичный процесс, обеспечивающий постоянное расширение знаний и укрепление способности личности адаптироваться к преобразованиям в профессии и социуме. В современной жизни пословица «Век живи – век учись» обрела новый смысл – прямой и буквальный.

Главным фактором принятия парадигмы непрерывного профессионального образования являются вызовы времени и перманентная модернизация системы здравоохранения в Российской Федерации

РОО «НПАССД» (далее – ассоциация) как профессиональная общественная организация имеет возможности, готовность и желание принимать участие в непрерывном образовании специалистов среднего звена. В системе здравоохранения Новосибирской области ассоциация ведет активную работу по внедрению различных форм непрерывного профессионального образования.

Для достижения поставленной цели РОО «НПАССД» взаимодействует:
с Минздравом России (президент РОО «НПАССД» – председатель

Аккредитационной комиссии для среднего медицинского персонала Новосибирской области); Минздравом Новосибирской области (президент РОО «НПАССД» – член Координационного (отраслевого) совета по управлению сестринской деятельностью; Союзом медицинских профессиональных организаций; Профсоюзом работников здравоохранения Новосибирской области; ГАПОУ НСО «Новосибирский медицинский колледж»; ОО «Новосибирская областная ассоциация врачей»; ОО «Новосибирская областная организация Всероссийского общества инвалидов» и др.

Влиять на политику в области регионального здравоохранения позволяет сотрудничество в новом формате (в качестве приглашенного лица) с Комитетом Законодательного Собрания Новосибирской области по социальной политике, здравоохранению, охране труда и занятости населения. Дает свои положительные результаты активное взаимодействие с Департаментом по социальной политике мэрии города Новосибирска.

РОО «НПАССД» оказывает конструктивное влияние на развитие профессии через работу 11 специализированных секций. Председатели секций являются экспертами в своих специальностях. Они обобщают передовой опыт, разрабатывают методические материалы, организуют и проводят конференции, семинары и мастер-классы. В 2018 году с участием РОО «НПАССД» проведено более 50 мероприятий различного уровня и направленности, в т.ч. семь конференций с международным участием.

Конкурсы – особая часть нашей общественной жизни. Ассоциация сумела сформировать в регионе стабильную систему конкурсного движения и обеспечить методическое сопровождение мероприятий. Конкурс – это праздник профессионального общения, личностного роста, который открывает для конкурсантов новые горизонты. Путь к победе – это, в первую очередь, трудная внутренняя работа над собой. Наши коллеги шестой год подряд принимают участие во Всероссийском конкурсе «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» и занимают

призовые места. С участием ассоциации проведены конкурсы: «Профессионализм. Забота в деталях», «Я и мой пациент», «Профессия добрых сердец», «Лучший фельдшер скорой медицинской помощи», «Лучший молодой специалист 2018 года», открытый Региональный чемпионат «Молодые профессионалы («WorldskillsRussia»)).

В феврале 2019 года, впервые в Новосибирской области прошли соревнования по новому направлению чемпионатов по стандартам WorldSkills – «Навыки мудрых (50+ лет)» в компетенции «Медицинский и социальный уход». Участники соревнований продемонстрировали неугасающий интерес к профессии и возможность профессионального долголетия. В октябре-декабре 2019 года совместно с ОО «Новосибирская областная организация Всероссийского общества инвалидов» планируется проведение конкурса «Вместе – мгновения милосердия».

Аккредитация специалистов напрямую связана с успешным освоением профессиональных образовательных программ. Успешно прошли первичную аккредитацию в Новосибирской области 91,9% выпускников медицинских колледжей. По результатам первичной аккредитации выпускников, Сибирский Федеральный округ занял 2 место по Российской Федерации.

У наших коллег вызывает огромный интерес реализация модели непрерывного образования через интернет-технологии, с последующей организацией самостоятельной работы и обсуждением в диалоге материала, необходимого для решения практических задач. При поддержке РОО «НПАССД» успешно проводятся учебные видео-семинары. Члены ассоциации имеют доступ к электронным ресурсам и справочным системам.

Интерактивные методы обучения поддерживают психологическое и профессиональное здоровье медицинских работников. С целью повышения компетентности в профессиональном межличностном общении и как психопрофилактика «синдрома профессионального выгорания», в январе 2019 года совместно с организациями-партнерами и специалистами общероссийской психотерапевтической лиги и Германского Балинговского

общества, ассоциация провела презентацию уникального проекта «Балинтовская группа как инструмент профилактики профессионального выгорания медицинских работников». В основу работы группы положена коллегиальная поддержка при проработке «трудных случаев» на работе.

Неизменно значимым ресурсом в непрерывном повышении квалификации является информационно-издательская деятельность. Кроме того, это направление выполняет роль эффективного инструмента в лоббировании интересов медицинских работников и стимулирует профессиональное взаимодействие. РОО «НПАССД» распространяет в медицинских организациях региона профессиональную периодику. Члены ассоциации имеют доступ к медицинским электронным изданиям.

Заключение. В современных условиях меняются требования к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала. Сегодня практическому здравоохранению необходим специалист творчески мыслящий, компетентный и способный к развитию личностного потенциала. Вызовы времени требуют, чтобы медицинские работники стремились к переменам и сами порождали их, принимали самостоятельные решения и несли за них ответственность. РОО «НПАССД» способствует личностному росту среднего медицинского персонала. Для непрерывного профессионального образования ассоциация успешно использует новые формы интерактивного обучения и модернизирует традиционные формы повышения квалификации и методической работы.

УДК: 37.018.46

ПОРТРЕТ СОВРЕМЕННОГО СПЕЦИАЛИСТА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА С ПОЗИЦИЙ ОЦЕНКИ УРОВНЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ГРАМОТНОСТИ

**Возова Тамара Сергеевна, Мазина Евгения Израилевна,
Певзнер Бэлла Михайловна,**

ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия

Аннотация. Статья посвящена актуальной проблеме: изучению уровня компьютерной грамотности специалистов сестринского дела.

Ключевые слова: медицинские сёстры, компьютерная грамотность, дополнительное профессиональное образование.

A PORTRAIT OF CONTEMPORARY NURSING SPECIALIST FROM THE STANDPOINT OF ASSESSING THE COMPUTER LITERACIES LEVEL

**Vozova Tamara Sergeevna, Mazina Evgenia Izrailevna,
Pevzner Bella Mikhaelovna,**

Center for advanced training and professional retraining of health-care specialists,
Nizhny Novgorod, Russia

Summary. Article is devoted to a current problem: the studying of the nursing professionals computer literacy.

Key words: nurses, computer literacy, additional professional education.

Введение. Обязательным условием стабильного развития здравоохранения является его информатизация. Этот процесс имеет целью создание оптимальных условий для сбора учётно-отчётных данных органами государственной власти и управления, удовлетворения информационных потребностей рядовых сотрудников здравоохранения и реализации прав пациентов [1, 2].

В основу создаваемой в настоящее время Единой информационной системы в сфере здравоохранения и социального развития лежит принцип единого информационного пространства. В этих условиях компьютерная грамотность медицинского персонала разного уровня становится значимым ресурсом развития системы здравоохранения.

Не случайно согласно Федеральному государственному образовательному стандарту среднего профессионального образования по специальности «Сестринское дело» перечень общих компетенций медицинской сестры/медицинского брата (по углубленной подготовке) включает в себя способность использовать информационно-коммуникационные технологии для совершенствования профессиональной деятельности (ОК 5).

Цель работы. Составление портрета специалиста сестринского дела с позиций оценки уровня компьютерной грамотности.

Материалы и методы. В апреле 2018 г. было выполнено социологическое исследование контингента медицинских работников среднего звена, обучающихся по программам повышения квалификации на базе ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения», методом анкетного опроса.

Оценка владения информационными технологиями проводилась по следующим позициям:

- частота использования компьютера на работе или в быту;
- умение самостоятельно выходить в Интернет;
- умение набирать текст на компьютере;
- умение копировать данные с жёсткого диска компьютера на флэш-карту;
- самооценка компьютерной грамотности.

Расчёт необходимого количества респондентов осуществлён согласно требованиям математической статистики. Минимальный необходимый объём выборки в подобном исследовании (в зависимости от желаемой точности результата) равен от 15 (при вероятности ошибки в пределах 5%, что допустимо) до 40 медицинских сестёр (при вероятности ошибки в пределах

3%). Реально было опрошено 64 чел. Таким образом, результаты опроса можно экстраполировать на всё сообщество среднего медицинского персонала.

Результаты и их обсуждение. Исследование отразило преобладание в группе опрошенных слушателей из областного центра (60,9%), что естественно для очных циклов обучения на базе областного образовательного учреждения.

Большая часть опрошенных имеет достаточно высокий профессиональный уровень – доля специалистов высшей и первой квалификационных категорий составляет 61,0% группы, т.е. наш портрет характеризует в значительной степени именно квалифицированного специалиста сестринского дела.

Подавляющее большинство респондентов имеет доступ к компьютеру дома или на работе (более 80%).

Вместе с тем, в целом специалист сестринского дела имеет невысокий уровень владения компьютером и осознаёт это: средняя самооценка уровня компьютерной грамотности по 5-балльной шкале составила около 3 баллов.

В то же время интерес медицинских сестёр к изучению новейших информационных технологий весьма значителен: 82,8% респондентов отмечают потребность в знании компьютерных технологий в работе и повседневном общении, 92,2% опрошенных желали бы повысить свою компьютерную грамотность.

Выводы:

- Степень владения информационными технологиями в среде медицинских сестёр не соответствует запросам современного здравоохранения.
- Необходимо расширение объёмов образовательных программ по информационным технологиям в системе последиplomного образования медицинских работников.

Литература

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Статья

91.1. Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (введена Федеральным законом от 29.07.2017 № 242-ФЗ).

2. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 г. № 364 «Об утверждении Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

УДК: 571.27

**ИЗ ОПЫТА ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В КОНТЕКСТЕ НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

**Бабаян Саркис Рафикович, Тарасова Юлия Арнольдовна,
Фомушкина Ирина Александровна,**

ГБПОУ МО «Московский областной медицинский колледж № 1», г. Москва,
Россия

Аннотация. Региональный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» предусматривает реализацию комплекса мер, направленных, в том числе на совершенствование профилактики и раннего выявления злокачественных новообразований, на повышение эффективности диагностики и лечения злокачественных новообразований, внедрение высокоэффективных химиотерапевтических методов лечения, повышение профессиональной квалификации медицинского персонала, участвующего в оказании онкологической помощи населению. Потребность в обучении медицинских сестер ЛПО Московской области по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Сестринская помощь онкологическим больным» велика. Опыт МосОМК № 1 доказывает возможность существования различных форм обучения при явном преимуществе модульной с элементами дистанционных технологий.

Annotation. Regional project «Fight again cancer» provides implementation for a set of measures, including improving the prevention and early detection of malignant neoplasms, increasing the effectiveness of diagnosis and treatment of malignant neoplasms, introduction of highly effective chemotherapy treatments, advanced training of medical personnel involved in the cancer care. There is great need for training nurses in hospitals of Moscow region in additional advanced training program «Nurse help to oncology patients». MosOMK № 1 experience proves the possibility of the existence of various forms of training with the apparent advantage of modular system with elements of distance technologies.

Региональный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» является приоритетным в Стратегии развития и совершенствования медицинской помощи населению Московской области. Планируется к 2024 г. увеличить охват граждан профилактическими осмотрами, не реже одного раза в год до 90%, при фактическом охвате в 2018 г. 63% от численности населения; снижение смертности от новообразований в МО до 151,5 случаев на 100 тыс. населения [2].

Кадровое обеспечение онкологической службы в регионе, обеспечивающее раннее выявление и диспансерное наблюдение пациентов с онкологическими заболеваниями, признается одним из ключевых мероприятий реализации целевых показателей Проекта.

В МосОМК № 1 проходит обучение старших медицинских сестер, медицинских сестер онкологических отделений и кабинетов по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Сестринская помощь онкологическим больным». Программа разработана на основе модульно-компетентного подхода с учетом инновационных подходов к профилактике, диагностике, лекарственной терапии и организации сестринского ухода, а также реальных нововведений в структуру и оснащение онкологической службы региона, требований работодателей. Внедрение скрининговых программ для раннего выявления

онкологических заболеваний легли в основу изучения вопросов профилактики и раннего выявления рака. Совершенствование химиотерапевтических средств, использование достижений молекулярной генетики для определения опухолевых мутаций, оптимизация оказания противоболевой терапии, современные технологические решения, обеспечивающие подготовку и проведение радиотерапии, повышают степень участия и ответственности медицинской сестры в проведении лекарственной терапии, лучевой терапии, реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями.

Результаты освоения программы слушателями стабильно высокие, что подтверждено не только квалификационными испытаниями (качественная успеваемость не менее 86%), но и представителями практического здравоохранения, работодателями. Однако потребность в обучении кадров, возникшая в связи с вышеизложенными обстоятельствами, велика. Она диктуется не желанием получить соответствующий документ, а необходимостью освоения новых знаний. Причем без отрыва от работы и больших финансовых вложений, что для Московской области с ее площадью и временем доезда к месту учебы особенно актуально.

Руководствуясь принципом непрерывного медицинского образования (НМО) – разнообразие образовательных активностей – в колледже разработаны 3 формы освоения программы повышения квалификации:

- очная (непосредственное «контактное» обучение в образовательной организации) – 144 часа;
- очно-заочная с элементами дистанционного обучения: телекоммуникационные лекции, очные практические занятия, в том числе в симмуляционном кабинете, управляемая внеаудиторная самостоятельная работа;
- учебные модули с итоговым тестовым контролем, изучение которых с элементами дистанционного обучения пролонгируется во времени и обеспечивает не только постоянное обучение по программам повышения

квалификации, но и постоянное обновление содержания модулей в соответствии с инновациями в медицинской науке и практике, а также с международными показателями [1].

Модульное обучение как более гибкая и корректируемая форма в большей степени соответствует основной цели НМО – обеспечению гарантии гражданам РФ в оказании качественной и безопасной медицинской помощи, а также ликвидации кадрового дефицита в медицинских организациях с минимальными финансовыми и временными затратами, в удобной форме и собственном временном темпе.

Модуль одновременно является банком информации и методическим руководством по ее усвоению. В качестве примера приводим структурные элементы учебно-методического обеспечения (УМО) отдельных тем профессиональных модулей (неполный перечень) ПМ.04 «Проведение профилактических мероприятий» и ПМ.05. «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах по профилю «онкология» (таблица).

Таблица.

Структурные элементы УМО тем ПМ.04 и ПМ.05

Тема. Вид занятия	Основные учебные вопросы	Учебно-методическое обеспечение	Внеаудиторная самостоятельная работа
4.1. Профилактика онкологических заболеваний. Телекоммуникационная лекция	Эпидемиология рака. Понятие о факторах риска развития онкологических заболеваний. Группы повышенного онкологического риска. Комплексная профилактика злокачественных новообразований. Онкогигиеническая, биохимическая, эндокринно-возрастная, медико-генетическая, иммунобиологическая профилактика рака. Цели, применение. Гигиенические принципы организации ЗОЖ. Методы, формы и средства гигиенического воспитания	1.Сестринское дело в онкологии: учебник для СПО / отв. ред. В.А. Лапотников. – М.: Изд. Юрайт, 2019. – 288 с. 2.Двойников С.И., Тарасова Ю.А., Фомушкина И.А., Костюкова Э.О. Проведение профилактических мероприятий: Учебное пособие. М. ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 464 с.	Анкетирование пациентов; Построение таблицы «Скрининг – метод раннего выявления бессимптомного рака»

	населения. Скрининг как метод раннего выявления бессимптомного рака. Скрининговые программы. Профилактические осмотры. Диспансеризация населения. Эффективность выявления онкологических заболеваний. Формирование групп повышенного риска.		
Тема 5.2.3. Участие медицинской сестры в проведении химиотерапии. Практическое занятие	Инновационные технологии в работе медицинской сестры. Использование ламинарной камеры для стерильного разведения лекарств, автоматических дозаторов лекарственных средств, инфузоматов, безлатексных периферических венозных катетеров из тефлона и виалона, безлатексных шприцев для перфузионных насосов. Безопасность медперсонала при проведении химиотерапевтического лечения.	Оценочные чек-листы Требования к составлению методических рекомендаций и памяток для пациента	Составление методических рекомендаций пациенту и медицинской сестре по контролю состояния пациента, оценке эффективности лекарственной терапии, неотложной помощи при возникновении нежелательных (неблагоприятных) лекарственных реакций; особенностям ухода за пациентами при проведении химиотерапии.

Опыт МосОМК № 1 доказывает возможность применения различных форм организации учебного процесса при явном преимуществе модульной формы с элементами дистанционных технологий. Обучение медицинского персонала по дистанционным ДПП в совокупности с другими факторами совершенствования отрасли, привели к снижению смертности от новообразований в МО в 2018 г. – 176,4 случаев на 100 тыс. населения [2].

Литература

1. Виноградов В.М. Перспективные методики лучевой терапии / Практическая онкология. 2007. – Т. 8, № 4. – С. 194-203.

2. Костин А.А. Онкологическая служба Московской области. Основные показатели. Повышение эффективности раннего выявления и доступности лечения злокачественных новообразований. // Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы онкологии: клинические и организационные аспекты». 2 февраля 2018 г., г. Москва.

УДК: 617.7(470+57)

**РЕАЛИЗАЦИЯ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ
ОБРАЗОВАНИЕМ В КУЗБАССЕ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Иванова Ирина Геннадьевна,

ГБПОУ «Кемеровский областной медицинский колледж», г. Кемерово,
Россия

Непрерывное медицинское образование представляет собой новую форму дополнительного профессионального образования, которое осуществляется посредством реализации программ повышения квалификации. В Кузбассе переход к реализации непрерывного медицинского образования осуществляется на фоне оптимизации структуры, профиля и численности медицинских организаций, что определяет острую необходимость приобретения новых практических навыков. В структуре уже размещенных на портале программ 75,0% приходится на специальность «Сестринское дело». Для реализации непрерывного медицинского образования специалистов, осуществляющих профессиональную деятельность в отдаленных территориях Кузбасса, используется передвижной учебно-симуляционный комплекс.

IMPLEMENTATION OF CONTINUOUS MEDICAL EDUCATION FOR SPECIALISTS WITH SECONDARY MEDICAL EDUCATION IN KUZBASS: REALITIES AND PROSPECTS

Ivanova Irina Gennad'evna,

Kemerovo regional medical College, Kemerovo, Russia

Continuing medical education is a new form of additional professional education, which is carried out through the implementation of training programs. In Kuzbass, the transition to the implementation of continuous medical education is carried out against the background of optimizing the structure, profile and number of medical organizations, which determines the urgent need to acquire new practical skills. In the structure of already placed on the portal programs 75.0% falls on the specialty «Nursing». For the implementation of continuous medical education of specialists engaged in professional activities in remote areas of Kuzbass, a mobile training and simulation complex is used.

Система подготовки медицинских кадров – это один из главных факторов, влияющих на качество оказания медицинской помощи. Поэтому в Кузбассе активно внедряется система непрерывного медицинского образования (НМО), в основе которой лежит процесс постоянного обновления медицинскими работниками своих знаний и совершенствования практических навыков, с учетом современного уровня развития здравоохранения. Организация обучения по программам непрерывного медицинского образования представляет собой сложную задачу для всех образовательных организаций, поскольку НМО является новой формой дополнительного профессионального образования.

Действующей нормативной базой являются федеральные законы в сфере здравоохранения. В настоящее время среднее медицинское профессиональное образование в России находится на этапе перехода от системы сертификации специалистов к аккредитации [1]. Необходимость

этого перехода обусловлена введением понятия «аккредитация» федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2].

Основные принципы развития НМО в РФ: непрерывность в повышении квалификации; гармонизация с международными нормами; партнёрство государства и профессиональных организаций; комплексное обучение медицинских работников, удобное для них; применение инновационных технологий; контроль качества и независимость; мотивация работников к повышению квалификации [3].

К современным тенденциям развития системы непрерывного медицинского образования в регионе относятся постоянное тесное взаимодействие с органами управления в здравоохранении при определении приоритетных направлений развития НМО, партнерство с профессиональными ассоциациями при реализации образовательных мероприятий.

В Кузбассе переход к реализации НМО осуществляется на фоне оптимизации медицинских организаций. Это определяет специфику и тематику программ. В программах НМО обязательно использование одной из 4 образовательных технологий, включая дистанционное и симуляционное обучение, стажировку на рабочем месте и сетевое взаимодействие. В Кемеровском областном медицинском колледже разработаны программы по 12-ти специальностям из 24-х ежегодно реализуемых и востребованных в регионе. В структуре уже размещенных на портале программ НМО 75,0% приходится на специальность «Сестринское дело». При этом использованы 2 образовательные технологии. Это дистанционные образовательные технологии, которые позволяют вести обучение без отрыва от работы и без выезда с места жительства, что особо важно для медицинских работников, живущих в отдаленных районах Кузбасса. Следует особо отметить, что в этих районах нашего региона нередко расстояние от районной больницы до фельдшерско-акушерских пунктов составляет 100–150 км.

Неотъемлемой частью медицинского образования является отработка практических навыков. Это объясняет приоритетность симуляционного обучения в формирующейся системе НМО в Кузбассе как образовательной методики технологий оказания медицинской помощи, основанной на приобретении практических навыков при помощи реалистичных манекенов, роботов-симуляторов, тренажеров. Важнейшими преимуществами симуляционных технологий являются обучение без вреда пациенту и объективная оценка достигнутого уровня профессиональной подготовки каждого специалиста.

В декабре 2016 года на ежегодной выставке «Здравоохранение», в рамках международного форума «Медицинское образование» впервые был представлен новейший передвижной учебно-симуляционный комплекс «ПУСК» Нижегородского ООО «Медкомплекс». Девиз учебно-симуляционного комплекса: «Симуляционный тренинг и аттестация медицинских кадров – в любое время, в любом месте!»

К особенностям комплекса «Пуск» следует отнести управление, осуществляемое с компьютеризированного рабочего места оператора, оснащение системой видео- и аудиозаписи хода симуляционного тренинга, возможность проведения аттестации медицинского персонала всех специальностей, как с высшим, так и со средним медицинским образованием на рабочем месте – непосредственно в медицинской организации или на месте имитированного чрезвычайного происшествия.

В настоящее время единственным в России обладателем передвижного учебно-симуляционного комплекса «Пуск» является Кемеровский областной медицинский колледж. Транспортировка в Кузбасс была осуществлена в марте 2019 года, а 3 апреля состоялось знаковое событие в системе последиplomной подготовки специалистов среднего звена Кузбасского здравоохранения – апробации передвижного учебно-симуляционного комплекса «Пуск».

Необходимость приобретения комплекса продиктована современными и региональными особенностями – активное развитие системы непрерывного медицинского образования в регионе, подготовка к прохождению аккредитации специалистами и обеспечение доступности современных образовательных технологий медицинскому персоналу, работающему в отдаленных территориях.

Все эти моменты были учтены при разработке апробационной программы и графика поездок по территориям. При этом первые поездки состоялись в те районы, медицинские организации которых имеют в своей структуре ФАП. В течение месяца охвачено поездками 6 территорий, в занятиях приняли участие более 140 человек – это фельдшеры ФАП, фельдшеры выездных бригад скорой медицинской помощи, медицинские сестры стационаров.

В рамках выездных занятий проводилась актуализация теоретических знаний и практических навыков оказания неотложной и экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Большая часть времени в ходе апробации отводилась отработке навыков выявления признаков острого коронарного синдрома по ЭКГ, проведению тренировочного занятия по базовой сердечно-легочной реанимации и проверке техники ее выполнения на тренажерах передвижного симуляционного комплекса, проверке навыков выполнения технологий оказания простых медицинских услуг на «Теле-Менторе».

По итогам занятий были организованы дебрифинги с присутствием, как самих участников занятий, так и руководителей медицинских организаций. В ходе дебрифингов выявлена очень высокая степень заинтересованности руководства и медицинского персонала организаций в систематических выездных занятиях на базе передвижного учебно-симуляционного комплекса «Пуск».

Таким образом, использование передвижного учебно-симуляционного комплекса «Пуск» в подготовке медицинских кадров позволит решить

проблему НМО специалистов системы регионального здравоохранения, осуществляющих свою деятельность в отдаленных территориях, и что важно, с максимальным приближением к их рабочим местам.

Литература

1. Кузнецова О. В. От сертификации к аккредитации: история развития отечественного медицинского образования и перспективы перехода к системе НМО / О.В. Кузнецова, А.С. Самойлов, С.В. Романов. О.П. Абаева // Медицина экстремальных ситуаций. – 2018. – Т. 20. – № 4. – С. 551-557.

2. Малов И.В. Современные тенденции непрерывного медицинского и фармацевтического образования / И.В. Малов и др.// Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2017. – № 2. – С. 53-55.

3. Чеснокова И.В. Структура и основные принципы непрерывного медицинского образования на современном этапе // Развитие образования. – 2019. – № 1 (3). – С. 58-60.

УДК: 614.253.52

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОДГОТОВКЕ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РЕСПУБЛИКЕ САХА(ЯКУТИЯ): ОПЫТ ЯКУТСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Ядреева Надежда Ивановна,

ГБПОУ РС(Я) «Якутский медицинский колледж», г. Якутск,

Республика Саха (Якутия), Россия

Аннотация. Подготовка сестринского персонала в Республике Саха (Якутия) проводится в соответствии с потребностями практического здравоохранения в соответствии современным требованиям к специалистам, обладающим общими и профессиональными компетенциями. Для совершенствования их подготовки в Якутском медицинском колледже используются инновационные управленческие проектные технологии, представленные в данной статье.

INNOVATIVE APPROACHES TO TRAINING NURSING STAFF IN THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA): THE EXPERIENCE OF YAKUTSK MEDICAL COLLEGE

Yadreeva Nadezhda Ivanovna,

State Budget Vocation Educational Institution, The Republic of Sakha (Yakuita),
Yakutsk Medical College, Yakutsk, Russia

Annotation. The training of nursing staff is carried out in accordance with practical health care needs and with modern requirements to the specialists, who possesses general and professional competences. This article covers innovative managing project technologies which are used for improving the nursing training in Yakutsk Medical College.

Республика Саха (Якутия) является регионом с особыми климато-географическими условиями, низкой плотностью населения, отдаленностью и труднодоступностью населенных пунктов. Трехуровневая система оказания медицинской помощи в республике включает в себя более 500 медицинских организаций, из которых на первичном уровне оказания медицинской помощи, то есть в районах (улусах) республики – 450 медицинских организаций – участковых больниц, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий и 34 центральных районных больниц. Деятельность медицинских организаций обеспечивают около 5 тыс. врачей и более 11 тыс. средних медицинских кадров, соотношение врач: СМП 1:2,3. В РС(Я) обеспеченность средними медицинскими кадрами в 2017 г. составляет 115,4 на 10000 населения. Укомплектованность средним медицинским персоналом составляет 82,9% в 2017 г. [1].

В Республике Саха (Якутия) подготовка средних медицинских кадров проводится в трех медицинских образовательных учреждениях – в Якутском, Алданском и Нерюнгринском медицинском колледжах. Контрольные цифры приема в медицинские колледжи РС(Я) с 2013 по 2018 гг. увеличиваются

ежегодно, но не обеспечивают всей потребности республики в средних медицинских кадрах [2].

Якутский медицинский колледж – старейшее образовательное учреждение медицинского профиля в регионе Восточной Сибири и Дальнего Востока, основан в сентябре 1906 г. В настоящее время колледж – современное учебное заведение, где обучается свыше 1500 студентов, с филиалами в городах Мирный, Ленск, Нюрба, поселках Удачный, Хандыга.

ЯМК реализует ФГОС подготовки специалистов по 8 специальностям, а также проводит последипломную подготовку специалистов. Ежегодно выпуск специалистов ЯМК стабилен и составляет в среднем 350–400 человек [3]. За 2018 год подготовлено 409 специалистов. Сохранено распределение выпускников Министерством здравоохранения Республики Саха (Якутия). Трудоустройство выпускников имеет тенденцию к повышению – 88%. Высокие цифры трудоустройства обусловлены постоянной системной работой с социальными партнерами – республиканскими и городскими ЛПО и ЦРБ и огромную роль играет целевая подготовка – до 30%.

Последипломное обучение среднего медицинского персонала проводится в отделе дополнительного профессионального образования ЯМК. Обучение проводится в очной и выездной (очно-заочной) формах, что является актуальным для отдаленных труднодоступных северных улусов. В 2018 г. повысили квалификацию 3548 средних медицинских работников по 59 тематическим циклам повышения квалификации и 23 циклам профессиональной переподготовки. В повышении квалификации средних медицинских кадров применяются элементы дистанционного обучения [4].

Стратегической целью государственной политики нашей страны выступает повышение доступности и качества образования в соответствии с требованиями инновационной экономики и потребностей общества. Реализация этой цели предполагает решение системных задач обеспечения качества образования через повышение эффективности управления образовательными организациями. Исходя из этого, используя проектные

технологии управления образовательной организацией, колледж проводит инновационную деятельность по следующим направлениям:

1. Проект «Внедрение новых специальностей по ТОП-50 востребованных рабочих профессий и специальностей». С 2017–2018 гг. реализуется подготовка по специальности 43.02.04 «Прикладная эстетика», с 2018–2019 уч.г. – специальность 42.02.12 «Технология эстетических услуг». По данным специальностям ЯМК входит в сетевое взаимодействие с профессиональными образовательными организациями, реализующими профессии и специальности по перечню ТОП-50 в области подготовки: Искусство, дизайн и сфера услуг в Республике Саха (Якутия).

2. Проект «Симуляционно-аккредитационный центр» – расширение базы доклинической подготовки до симуляционно-тренажерных лабораторий по требованиям WSR, аккредитации по специальностям и в будущем, к демоэкзаменам. В 2017–2018 учебном году аккредитацию успешно прошли 100% выпускников по специальностям «Лечебное дело», «Сестринское дело», «Лабораторная диагностика». В этом учебном году дополнительно к вышеуказанным специальностям присоединяются «Фармация», «Стоматология ортопедическая», а также процедура аккредитации будет проведена в филиалах колледжа.

3. Проект «Организация и участие в региональных этапах Национального чемпионата «Молодые профессионалы» WSR по компетенциям «Медицинский и социальный уход», «Лабораторный медицинский техник», «Прикладная эстетика»». В 2017 г. ГБПОУ РС(Я) «ЯМК» занял 69 место во Всероссийском рейтинге ТОП 100 лучших образовательных организаций движения «Молодые профессионалы» WorldSkillsRussia. Якутский медицинский колледж все эти годы является базой проведения региональных, отборочных чемпионатов WSR разного уровня, учебно-тренировочных сборов, регионального этапа олимпиады профессионального мастерства по специальности «Сестринское дело».

4. Проект «Работа с одаренными обучающимися» – реализация начата с 2018–2019 г. Цель – выявление и дополнительное обучение обучающихся по разработанным программам, в том числе углубленное изучение иностранного языка и IT технологий.

5. Проект «Международное сотрудничество в области среднего медицинского образования» – в рамках проекта проведены научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 110-летию колледжа в 2016 г., в 2018 г. подписано соглашение о сотрудничестве с ГКП на ПВХ «Высший медицинский колледж» управления здравоохранения г. Шымкент, Республика Казахстан. В октябре 2018 г. группа студентов из 5 человек прошли обучение в симуляционном центре ШМК по программе «Базовые (сестринские) навыки ухода за пациентами с использованием симуляционных образовательных технологий» на английском языке.

6. Проект «Информатизация в образовании» – обновление материально-технической базы компьютерного обеспечения, создание условий для внедрения новых механизмов управления колледжем, обновление содержания и технологий образования на основе информационно-коммуникационных технологий, внедрение форм дистанционного обучения (филиалы, ОПДО), информационного обеспечения проведения конкурсов, демоэкзаменов по стандартам WSR и аккредитации специалистов, создание условий для открытости колледжа в информационном пространстве через поддержание в рабочем состоянии сайта. Внедряется использование программы «MOODLE» в образовательном процессе ЯМК.

7. Проект «Колледж – ВУЗ» с 2014 г. достигнута договоренность с Медицинским институтом Северо-Восточного Федерального университета им. М.К. Аммосова о поступлении лучших выпускников колледжа без ЕГЭ после обучения на Факультете дополнительного образования СВФУ по

профильным предметам. Реализация этого проекта позволяет продолжить медицинское образование ежегодно 20–25 лучшим выпускникам.

8. Ряд традиционных проектов по воспитательной работе – «Личность. Команда. Профессионал», «Волонтерское движение «Милосердие»», «Роль наставничества в сопровождении профессионального воспитания и содействия в социальной адаптации обучающихся», «Донорство» и другие [4].

Таким образом, реализуя вышеуказанные проекты, мы достигаем повышения качества среднего медицинского образования и выполняем государственный заказ на подготовку высококвалифицированного среднего медицинского персонала для обеспечения практического здравоохранения необходимыми кадрами.

Литература

1. Здравоохранение в Республике Саха (Якутия): Статистический сборник / Саха (Якутия)стат. – Я., 2017. – 157 с.
2. О ходе реализации и оценке эффективности государственной программы Республики Саха (Якутия) «Развитие здравоохранения Республики Саха (Якутия) на 2012-2019 годы» за 2017 год. – <https://minzdrav.sakha.gov.ru>
3. Публичный доклад ГБПОУ РС(Я) «Якутский медицинский колледж» за 2017 г.
4. Публичный доклад ГБПОУ РС(Я) «Якутский медицинский колледж» за 2018 г.

УДК: 377.5

**АНАЛИЗ ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ
АККРЕДИТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ ГБПОУ РС(Я) «ЯКУТСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

Степанова Анастасия Дмитриевна,

ГБПОУ РС(Я) «Якутский медицинский колледж», г. Якутск, Россия

Аннотация. В статье отражены итоги первичной аккредитации выпускников ГБПОУ РС(Я) «Якутский медицинский колледж» за 2018 г., рекомендации по повышению качества подготовки специалистов среднего звена; также представлен подготовительный этап первичной аккредитации выпускников 2019 г. отделений «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Фармация», «Стоматология ортопедическая».

**ANALYSIS OF PREPARATION AND CONDUCT PRIMARY
ACCREDITATION OF GRADUATES YAKUT MEDICAL COLLEGE**

Stepanova Anastasia Dmitrievna,

State Budget Vocation Educational Institution, The Republic of Sakha (Yakuita),
Yakutsk Medical College, Yakutsk, Russia

Annotation. The article reflects the results of the primary accreditation of graduates of the Yakutsk Medical College for 2018, recommendations for improving the quality of training of mid-level specialists; also presented the preparatory stage of the primary accreditation of graduates of 2019. Departments «Nursing affair», «Curative affair», «Obstetrics», «Pharmacy», «Orthopedic Dentistry».

Стремительное развитие медицинской науки и практики здравоохранения, необходимость совершенствования качества медицинской помощи, проводимая модернизация образования явились основанием для научного обоснования и внедрения процедуры аккредитации специалиста.

Повышение качества оказания медицинской помощи, ее безопасность и повышение эффективности расходования государственных ресурсов напрямую связаны с уровнем квалификации медицинских работников [1].

С введением в действие Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста» (статья 69). Это явилось предпосылкой для создания в Российской Федерации единой национальной системы аккредитации медицинских работников [3].

Первичная аккредитация специалиста предназначается для определения готовности выпускников колледжа к осуществлению медицинской или фармацевтической деятельности. При оценивании выпускников с целью определения или подтверждения их готовности к осуществлению самостоятельной профессиональной деятельности необходимо учитывать требования и профессиональных, и образовательных стандартов путем установления соответствия между ними. При этом необходимо помнить, что требования профессиональных стандартов первичны, а компетенции должны вытекать из них, обеспечивая способности к выполнению трудовых действий [1].

Для повышения качества подготовки специалистов среднего звена и устранения недостатков подготовительного этапа первичной аккредитации проведена статистическая обработка ведомостей репетиционного тестирования, отработки практических навыков, протоколов первичной аккредитации выпускников 2018 г.

В 2018 г. ГБПОУ РС(Я) «Якутский медицинский колледж» закончило 409 выпускников отделения «Лечебное дело» (58 выпускников),

«Сестринское дело» (279 выпускников), «Акушерское дело» (40 выпускников), «Лабораторная диагностика» (32 выпускника).

Подготовительный этап первичной аккредитации начался с сентября 2018 г. и включал следующие направления:

- работа в учебных группах (определение уровня знаний и умений выпускников, выявление студентов группы риска);
- внедрение в образовательный процесс элементов аккредитации (тестовых заданий, ситуационных задач, чек-листов);
- проведение тренингов по симуляционным технологиям преподавателям и студентам;
- развитие коммуникативных особенностей студентов;
- психологическая помощь студентам группы риска.

С целью повышения качества образовательного процесса в группах был создан актив группы из студентов, обучающихся на «4» и «5». Цель актива группы – работа с отстающими студентами, индивидуальная подготовка к первичной аккредитации.

Также к каждой группе был прикреплен преподаватель клинических дисциплин, который вел контроль прохождения репетиционного тестирования и отработку практических навыков второго этапа.

Согласно графика каждый понедельник месяца кураторами групп предоставлялся отчет с указанием данных выпускника, его уровня подготовленности в баллах. Студенты группы риска рассматривались на цикловых предметных комиссиях, малом педагогическом совете, далее велась индивидуальная работа с каждым (проведение тестирования, отработка практических навыков в симуляционных кабинетах, психологическая поддержка).

Проведена большая методическая работа по цикловым методическим комиссиям: контроль использования чек-листов по дисциплинам, обновление тестовых заданий, ситуационных задач, написание методических разработок

практических занятий, выявление слабых студентов, контроль успеваемости по дисциплинам.

В 2017–2018 учебном году преподаватели колледжа прошли курсы повышения квалификации в ведущих симуляционных центрах России, такие как Учебно-виртуальный комплекс «Mentor medicus» Первого МГМУ им. Сеченова, Томский симуляционный центр, С-Петербургский симуляционный центр, Казанский симуляционный центр, Симуляционный центр г. Уфа, университеты и клиники Финляндии, Китая, Казахстана.

Большим достижением прошлого учебного года стало внедрение в образовательный процесс обучающих тренингов по симуляционным технологиям для преподавателей и студентов. Темы тренингов: симуляционное обучение в хирургии, педиатрии, терапии, постановка внутримышечных, внутривенных инъекций, неотложная помощь при нарушении кровообращения. Благодаря таким тренингам выпускники освоили требования Министерства здравоохранения РФ, методического центра аккредитации специалистов.

В симуляционном центре функционируют 9 манипуляционных кабинетов (хирургии, акушерства-гинекологии, педиатрии, сестринского дела, неотложной помощи, стоматологии ортопедической, фармации, лабораторной диагностике, прикладной эстетике), оснащенных на средства Гранта Президента РС (Я).

Организационными принципами деятельности симуляционного центра ГБПОУ РС(Я) «Якутский медицинский колледж» являются:

- ориентированность на результат, проведение мониторинга качества практической подготовки студентов, слушателей;
- соответствие международным стандартам оказания медицинской помощи;
- преемственность технологий симуляционного обучения в системе непрерывного медицинского образования.

Основными задачами симуляционного центра являются организация и осуществление на современном уровне учебной и учебно-методической работы, направленных на освоение регламентированных профессиональных знаний и навыков у обучающихся колледжа в соответствии с ФГОС СПО, профессиональными стандартами.

Важным этапом симуляционного обучения является возможность объективной оценки работы студента, которую предоставляют симуляторы: по окончании виртуальной процедуры можно просмотреть ее видеозапись, объективный отчет о качестве проведенной манипуляции, проанализировать улучшение эффективности работы в ходе серии упражнений. В связи с этим, симуляционное обучение является обязательной частью практического обучения студентов с первого курса, подготовки к первичной аккредитации, а также курсов сертификации и непрерывного медицинского образования среднего медицинского персонала [2].

Первичная аккредитация проводилась на базе ГБПОУ РС(Я) «Якутский медицинский колледж». Было задействовано 5 аккредитационных площадок.

Приказом МЗ РФ была утверждена Аккредитационная комиссия в составе 54 работника МЗ РС(Я): председатель АК, и.о. председателя АК, 4 председателя АПК, 48 экспертов.

Заявление на прохождение первичной аккредитации выпускников подали 404 выпускника, из них по результатам первого и второго этапов первичной аккредитации сдали 100% выпускников.

Анализ подведения итогов первичной аккредитации показал, что среди имевших трудности в подготовительном этапе аккредитации 60% выпускников учились на «удовлетворительно», 20% – не регулярно посещали консультации и репетиционные тестирования.

В 2019 г. первичную аккредитацию специалистов среднего звена пройдут выпускники отделений «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Лабораторная диагностика», «Фармация»,

«Стоматология ортопедическая», а также выпускники отделения «Сестринское дело» в г. Мирный, г. Ленск, г. Нюрба.

Открыты симуляционно-аккредитационные центры в данных городах, выделена площадь, соответствующая требованиям ФГОС, МЗ РФ, МЦА. Благодаря соглашению с МР РС(Я) «Мирнинский район, МР РС(Я) «Нюрбинский район», ГБУ РС(Я) «Ленская ЦРБ», ООО ФФ «Рослек» приобретены симуляционное оборудование, мебель, медицинский инструментарий, компьютерная техника, программное обеспечение:

- МР РС(Я) Мирнинский район – 1 393 048 рублей (симуляционное оборудование, компьютерная техника, аудио-видео аппаратура);
- МР РС(Я) Нюрбинский район – 2 914 579 рублей (симуляционное оборудование, компьютерная техника, аудио-видео аппаратура);
- ГБУ РС(Я) Ленская ЦРБ – 1 853 693,60 рублей (симуляционное оборудование, компьютерная техника, аудио-видео аппаратура);
- ООО ФФ Рослек – 315 416 рублей (мебель, компьютерная техника, программное обеспечение).

Таким образом, для повышения качества обучения и 100% прохождения первичной аккредитации выпускников необходимо:

- иметь соответствующую материально-техническую базу колледжа, соответствующую требованиям ФГОС, МЗ РФ, МЦА;
- создать творческую группу из числа методистов, председателей ЦМК, заведующих, заместителей директора (контроль методического обеспечения занятий, знаний студентов, методики преподавания);
- начать подготовку студентов к первичной аккредитации с 1 курса обучения (отработка манипуляций по оценочным листам, клиническим сценариям, тестирование, развитие коммуникативных навыков);
- ежемесячно (2–3 раза/мес.) проводить срезы знаний выпускников по дисциплинам, используя тестовые задания МЦА;
- еженедельно проводить репетиционные тестирования под контролем куратора, прикрепленных преподавателей;

- ежемесячно разбирать успеваемость, качество студентов на ЦМК;
- выявлять студентов, требующих особого внимания (устранение пропусков, индивидуальная работа с отстающими, тестирование) с начала уч. года;
- внедрять элементы первичной аккредитации в проведении промежуточной аттестации, дифференцированных зачетов, конкурсов профессионального мастерства.
- повысить качество деятельности кураторов, председателей ЦМК (эффективный контракт 1 раз в месяц, рейтинг).

Литература

1. Свистунов А.А., Сизова Ж.М., Трегубов В.Н., Аккредитация специалиста здравоохранения как стартовая площадка непрерывного медицинского образования. Медицинское образование и профессиональное развитие. 2016.
2. Свистунов А.А., Шубина Л.Б., Грибков Д.М. Возможности новой системы аккредитации специалистов в здравоохранении. Виртуальные технологии в медицине. 2015; 2 (14): 6.
3. Свистунов А.А., Улумбекова Г.Э., Балкизов З.З. Непрерывное медицинское образование для улучшения качества медицинской помощи. Медицинское образование и профессиональное развитие. 2014; [1 (15)]: 21–31.

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Адуев Игорь Константинович,

ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия

Стратегическая цель государственной политики в области образования заключается в повышении доступности образования, соответствующего

требованиям модернизированной экономики, что означает повышение качества профессионального образования. Современные учебные учреждения поставлены перед необходимостью обеспечения высокого качества образовательных результатов за счет поиска внутренних резервов, что возможно только при активном внедрении современных педагогических технологий.

Основное содержание деятельности преподавателя включает выполнение обучающей, воспитательской, организаторской и исследовательской функции. Особенность современного образования составляет то, что наука все больше внедряется в учебный процесс, в связи с чем, в функцию преподавателя входит преобразование научной информации в учебную на современном уровне.

В современных условиях значительно возрастают требования к качеству работы преподавателей, а уровень их методической подготовленности не в полной мере отвечает современным требованиям образовательного процесса. Разрешить подобные противоречия возможно с помощью научно–обоснованной организации подготовки преподавателей, представляющей собой целенаправленный и многофакторный педагогический процесс развития личностных качеств, поведения, ценностных ориентаций, мотивационной сферы личности, наиболее адекватно обеспечивающих согласование индивидуальности и условий деятельности. Достижение положительного результата возможно на основе оптимизации содержания методической подготовки преподавателя (средств и способов ее организации, разработки и внедрения в образовательный процесс современных технологий обучения, информационной продукции учебного назначения), использования индивидуального и дифференцированного подхода к выбору форм и методов методической работы, руководства самообразованием преподавателя.

Новые образовательные технологии опираются на систему образования, где происходит обучение не знаниям, а способам, формам и

методам «добывать» их, т.е. методологии научно-познавательной деятельности с формированием креативного воображения и сообразительности, изменяя структуру мыслительной активности будущих специалистов, с последующим применением «добытых знаний» в профессиональной деятельности.

С целью обеспечения непрерывного контроля работы слушателей по качеству усвоения материала преподаватель должен разделить учебный материал на структурно-логические модули (блоки), определив нормативные баллы (правила их начисления) на все задания и задачи дисциплины. Составить регламент с учетом рейтинга, на основе которого будет производиться оценивание знаний. Общая оценка представляет собой сумму рейтинговых оценок за отдельные модули. В качестве модулей предмета/дисциплины целесообразно выделить самостоятельный цикл работы, индивидуальные домашние работы с целью закрепления теоретических знаний. По завершении модуля проводится контроль знаний (в виде тестирования, контрольной работы, контрольных задач, устного опроса, написания отчета и собеседования и т.д.), а для коррекции процесса обучения, в процессе текущего контроля, целесообразно вести учет и анализ ошибок, указывающих на пробелы в знаниях.

С целью организации учета знаний разрабатываются технологические карты, их структура включает три блока. Первый – работа на лекциях, которые должны быть открытыми, проблемными, а знания, получаемые в ходе лекций, подлежат промежуточному контролю. Второй блок включает разнообразные виды работ, соответствующие темам дисциплины, призванные закрепить знания, полученные в ходе изучения предмета, дисциплины, раздела. Третий блок – это дополнительные занятия, введение их в технологические карты ставит цель – расширить свободу обучающихся в оценивании своих учебных достижений.

Деятельность преподавателя требует ежедневного умения наблюдать, анализировать, исследовать, вскрывать противоречия в учебном процессе и

находить выход из них, т.е. решать непростые педагогические проблемы и задачи.

Учебная информация, которую должен усвоить слушатель в процессе интенсивного обучения, включает факты, явления, процессы, закономерности, методы действий. По каждому из этих компонентов информации могут быть сформулированы самые различные цели усвоения. Такое многообразие возможностей использования усвоенной информации позволяет преподавателю ставить четкую цель в каждой конкретной учебной ситуации.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИСТАНЦИОННОГО И ЭЛЕКТРОННОГО ОБУЧЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Горбатова Евгения Викторовна,

ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия

Основными требованиями современной политики государства в области образования являются открытость и непрерывность образования, необходимость постоянного самообразования и самообучения на основе применения информационных и коммуникационных технологий. Информационные технологии – неотъемлемая часть современного образования, являющаяся базой для электронного обучения и обучения с применением дистанционных образовательных технологий.

23 августа 2017 г. был подписан новый Приказ Министерства образования и науки РФ «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при

реализации образовательных программ», расширяющий права учебного учреждения на выбор форм обучения.

В предложенной Вашему вниманию статье рассматриваются отличия дистанционного и электронного обучения и особенности их реализации в одном из учреждений системы ДПО – ГАУ ДПО Нижегородской области «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения» (далее – ЦПК).

Статья 16 Федерального закона РФ от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в РФ» определяет дистанционное обучение как обучение с использованием «технологий, реализуемых в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и педагогических работников».

В этой же Статье дается определение электронного обучения как «организации образовательной деятельности с применением содержащейся в базах данных и используемой при реализации образовательных программ информации и обеспечивающих ее обработку информационных технологий, технических средств, а также информационно-телекоммуникационных сетей, обеспечивающих передачу по линиям связи указанной информации, взаимодействие обучающихся и педагогических работников».

По определению специалистов ЮНЕСКО: «Электронное обучение (e-Learning) – обучение с помощью интернета и мультимедиа».

С 01.01.2015 г. в соответствии с ФЗ-273 «Об образовании в РФ», все учебники, которые издаются в России, должны иметь электронную версию.

Таким образом, электронное обучение – это способ реализации образовательных программ с помощью электронных технологий, подразумевающий замену бумажных носителей информации на электронные.

Дистанционное обучение – интерактивное взаимодействие между преподавателем и обучающимися, отражающее все присущие учебному

процессу компоненты (цели, содержание, методы, организационные формы, средства обучения), осуществляемое в условиях реализации средств ИКТ.

Цель дистанционного обучения (ДО) – предоставление слушателям, находящимся в различных социальных, материальных и географических условиях качественных образовательных услуг (за счет использования научного и образовательного потенциала ведущих медицинских и образовательных учреждений) без отрыва от трудовой деятельности.

Для реализации обучения с использованием дистанционных образовательных технологий (ДОТ) необходимо решение следующих задач:

- создание нормативной базы обучения с использованием ДОТ;
- создание материально-технической базы обучения с использованием ДОТ;
- отработка моделей организации обучения слушателей с использованием ДОТ;
- подготовка кадров, владеющих методиками обучения с использованием ДОТ;
- обеспечение методической поддержки преподавателей, работающих в системе обучения с использованием ДОТ.

В заключение хочется отметить, что, электронное и дистанционное обучение, которые часто используются как синонимы, относятся к разным педагогическим категориям и отличаются по сути.

Качественная организация дистанционного обучения требует гораздо больших материальных и интеллектуальных затрат от образовательного учреждения и его педагогического состава, чем использование в педагогическом процессе электронных средств обучения.

РОССИЙСКО-ФИНСКИЙ СЕМИНАР: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Сердцев Сергей Сергеевич,
ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия

В марте 2018 года состоялся российско-финляндский семинар «Современные подходы к оказанию медицинской помощи и подготовке медицинских кадров». Мероприятие было организовано на базе Санкт-Петербургского центра последипломного образования работников здравоохранения ФМБА России со стажировкой в Университете прикладных наук Юго-Восточной Финляндии в городах Миккели и Котка (Финляндия).

Целью семинара стало повышение квалификации и совершенствование компетенций работников здравоохранения и специалистов системы профессионального образования по вопросам обеспечения качества медицинской деятельности, изучение лучших практик оказания медицинской помощи и современных технологий непрерывного профессионального образования.

Вопросами для изучения и обсуждения с финскими и российскими коллегами стали следующие направления:

- обеспечение качества дополнительного профессионального образования;
- информационные технологии в медицине: телемедицина и электронное здоровье;
- критерии оценки качества сестринской деятельности;
- роль современных образовательных технологий в подготовке медицинских работников, технологии симуляционного обучения.

Финская часть семинара была приурочена к проведению Международной недели Университета прикладных наук Юго-Восточной Финляндии. Участники семинара побывали в городах Миккели и Котки.

Практический визит был организован в Центральную окружную больницу Миккели в сопровождении руководителей сестринских служб и преподавателей Университета. Стажёры посетили отделение неотложной помощи, педиатрическое и приемное отделения.

Во время посещения Окружной больницы Миккели особое внимание участники семинара обратили на систему электронного документооборота в условиях больницы и электронного учета пациентов, роли сестринского персонала в приеме пациента, постановке первичного диагноза, координации его пребывания в стационаре и выписке рецептов.

В Университете участники посмотрели, как организовано пространство в учебных классах, библиотеке, помещении для самостоятельной работы, симуляционных лабораториях и компьютерных классах.

Во время пребывания в Котке участники семинара посетили медицинский центр Кархула и посмотрели, как организована работа в поликлинике, приемном и гериатрическом отделениях, обменялись опытом со многими русскоязычными врачами и медицинскими сестрами больницы.

Практическая часть семинара проводилась в кампусе Университета прикладных наук ХАМК (Котка), где под руководством преподавателей Университета и при участии студентов-парамедиков прошла медицинская симуляция в формате Live-stream на тему «Оказание первой помощи».

Участникам семинара были продемонстрированы в реальном времени все ресурсы интерактивного обучения с виртуальной реальностью. Современные технологии позволяют полностью погрузиться в реальную ситуацию и отработать различные клинические сценарии и коммуникативные навыки. Преподавательский состав и руководители образовательных учреждений обратили внимание не только на технологии, но и на методики симуляционного обучения.

ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАМКАХ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

**Аратская Ирина Валентиновна, Немиров Владимир Валерьевич,
Немирова Светлана Валерьевна,**

ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород, Россия,
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

За последние годы произошли реформы отечественного здравоохранения и образования, повысилось значение коммуникативной компетенции, являющейся неотъемлемой частью профессии (Васильева Л.Н., 2013; Приказ Минобрнауки России от 26.08.2014 № 1106).

Способность к адекватному общению является показателем высокого уровня коммуникативной культуры и оказывает непосредственное влияние на конкурентоспособность молодых специалистов. Профессиональный карьерный рост также связан с готовностью и навыком делового общения, считающегося одним из показателей социально-профессионального статуса.

Вместе с тем, наши современники отчетливо демонстрируют желание участвовать в процессе принятия решений вопросов, касающихся их жизни и здоровья, что делает эффективное общение не только инструментом для выяснения жалоб и сбора анамнеза, но и средством повышения комплаентности пациентов (Мадалиева С.Х. и соавт., 2016.).

Цель работы: оценить готовность к профессиональной коммуникационной деятельности студентов лечебного факультета, планирующих работать на должностях среднего медицинского персонала.

Проанкетированы 117 студентов, разделенных в ходе обучения на 2 группы. В первой группе (n=64) подготовка осуществлялась по традиционными программам и методикам, во второй (n=53) – с применением

интерактивных технологий: мозгового штурма, дискуссий, деловых игр (Карелова Р.А., 2015).

При этом преподавателю отводилась роль модератора, не препятствующего каждому участнику выразить свои взгляды, а направляющего процесс в сторону эффективной работы, сглаживая или предотвращая, в зависимости от задачи семинара, возможные конфликты. Такие занятия проводились в разделе хирургических дисциплин и студенческого научного общества для систематизации и актуализации имеющихся знаний.

Анкетирование студентов проводилось в начале и в конце осеннего семестра с последующим сравнительным внутри- и межгрупповым анализом данных.

По исходным данным группы были сопоставимы между собой и демонстрировали преимущественно средне выраженный уровень общих коммуникативных ценностей, низкий уровень включенности коммуникативной составляющей в профессиональную деятельность и их низкую самооценку. В ходе обучения в обеих группах повышался базовый (ценностный) уровень коммуникативной компетентности, однако во второй группе его прирост был достоверно эффективнее. Также во второй группе значительно повысилась самооценка студентами коммуникативных навыков и удовлетворенность от профессионального общения – командной работы.

Степень развития профессиональных коммуникативных умений с содержательной и технической составляющей продемонстрировала достоверно значительно больший прирост в группе интерактивных методов обучения. В дальнейшем было отмечено, что при сдаче экзамена учащиеся, вошедшие во вторую группу, демонстрировали более адекватное изложение материала при равных средних баллах тестового контроля.

Таким образом, анализ коммуникативных навыков студентов медиков, планирующих работать на должностях среднего медицинского персонала, демонстрирует значительное позитивное влияние модерируемых препода-

вателем интерактивных методов обучения на социально- психологической составляющей коммуникативных умений, потенциально способствуя повышению успеваемости и мотивации учащихся к дальнейшему развитию.

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Хисамутдинова Зухра Анфасовна,

ГАПОУ «Казанский медицинский колледж»,

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Казань, Россия

Идеология управления качеством становится ведущей во многих странах, в том числе и в России, ибо от качества производимых товаров, работ, услуг зависит конкурентоспособность любой страны мира. Приоритет качества органично связан со словами, высказанными Президентом России В.В. Путиным: «...мы должны быть конкурентоспособны во всём – и человек, и отрасль, и население, и страна...». Решение проблемы управления качеством профессионального образования в России действительно очень важно для дальнейшего развития страны.

Повышение качества среднего медицинского образования является одной из ключевых задач, обусловленных стремительными переменами, происходящими как в системе образования, так и в системе здравоохранения. Вопросы качества профессиональной подготовки медицинских работников привлекают пристальное внимание и являются предметом обсуждения в органах и учреждениях системы здравоохранения Российской Федерации. Отношение к работе и профессиональные знания и умения медицинского персонала, оптимальные способы координирования деятельности кадров и стимулирования труда оказывают огромное влияние на эффективность, результативность в достижении поставленных перед здравоохранением задач.

Следует заметить, что международные стандарты МС ИСО серии 9000 длительное время находили применение в основном в промышленности и

лишь позже в сфере услуг. Разработка и внедрение системы менеджмента качества на базе МС ИСО серии 9000 в нашей стране до сих пор соотносится к организационно-экономическим новшествам. Руководители образовательных, медицинских и иных организаций сферы услуг только в последние годы начали проявлять интерес к международным стандартам качества. Отчасти это связано с тем, что сложно измерить качества образовательных, медицинских и прочих социальных услуг количественно. Кроме того, сложно произвести оценку эффективности СМК из-за большого числа взаимосвязанных факторов, влияющих на эту эффективность. Между тем, принципы и требования МС ИСО являются универсальными, их можно применять в любых организациях. По нашему мнению, их с большим успехом можно использовать в сфере профессионального образования, а именно во всех образовательных учреждениях, независимо от видов, типов, размеров и форм собственности.

Из всех существующих моделей систем менеджмента качества (СМК) каждая образовательная организация должна выбрать для себя наиболее оптимальную, по их мнению, модель СМК, далее создать эффективную СМК, соответствующую требованиям этой модели, обеспечить функционирование СМК и ее развитие.

Мы считаем, что во всех образовательных учреждениях Российской Федерации систему менеджмента качества надлежит претворять в жизнь коллектива настойчиво и непрерывно по принципу расходящихся волн. Практически все работники учреждения должны быть ознакомлены с организационной структурой, внутренней нормативной правовой базой, руководством по качеству и стандартами организации, политикой в области качества, целями в области качества, принципами международных стандартов (в первую очередь, ИСО серии 9000, EFQM и др.), процессами системы менеджмента качества СМФОО, взаимодействием процессов, включенных в систему менеджмента качества, матрицей ответственности и полномочий работников за функции, воздействующие на качество. Чрезвычайно важно не

только создание и внедрение системы менеджмента качества, но и поддержание ее в рабочем состоянии, дальнейшее ее совершенствование с учетом потребностей всех заинтересованных сторон.

Суть управления качеством состоит в том, что оно предполагает активное воздействие на процесс, его корректировку с целью получения результата с заданными, программируемыми свойствами, характеристиками, параметрами. В силу этого управление качеством профессионального образования можно считать активным способом воздействия на профессиональное и личностное становление и развитие обучающихся на всех уровнях подготовки. Достижение последнего целесообразно оценивать по степени удовлетворенности внутренних и внешних потребителей деятельностью средних медицинских и фармацевтических образовательных организаций (СМФО) при проведении их социологических опросов, а также на основании результатов мониторинга качества теоретического и практического обучения и мониторинга личностного и социального развития обучающихся.

На основании опыта работы Казанского медицинского колледжа по созданию, внедрению и развитию СМК на основе стандартов серии ИСО 9000 можно сформулировать ряд выводов по отношению их применения в сфере среднего медицинского образования России.

1. Создание и внедрение систем менеджмента качества в СМФО по модели стандартов ИСО 9000:2015 способствует повышению эффективности их деятельности, гарантирует рост качества образовательных услуг при минимизации затрат.

2. В коллективе происходит формирование культуры качества, изменение менталитета персонала, когда каждый работник начинает думать о качестве своего труда и действовать таким образом, чтобы реально шло не только непрерывное улучшение качества производимых им услуг и/или выполняемых им работ, но и непрерывное улучшение деятельности учреждения.

3. Проведение регулярных внутренних аудитов в рамках системы менеджмента качества способствует повышению уровня исполнительской

дисциплины, повышению инвестиционной привлекательности и конкурентоспособности СМФОО, созданию нового имиджа.

4. Система менеджмента качества СМФОО должна быть гармонизирована с существующими системами оценки качества – рейтинговыми оценками качества образовательной среды, аттестацией и аккредитацией образовательного учреждения.

5. Система сертификации в сфере среднего медицинского образования России в целом должна быть гармонизирована с действующими правилами сертификации систем менеджмента качества, международными правилами и нормами, как в сфере образования, так и в других сферах.

6. В промышленности, в результате эволюционного развития, сертификация систем менеджмента качества из вспомогательного инструмента оценки качества превратилась в основной инструмент гарантии качества. По нашему мнению, аналогичная ситуация будет развиваться и в системе медицинского образования.

Управление организацией включает менеджмент качества наряду с другими аспектами менеджмента. Создание и внедрение СМК должна стать одной из ключевых задач всех руководителей. Успех в значительной степени зависит от наличия у руководителя СМФОО лидерских качеств и политической воли к созданию, внедрению и поддержанию СМК в актуальном состоянии, а также от его грамотности. Поэтому руководитель должен иметь четкие профессиональные знания, владеть навыками рационального использования всех ресурсов, в первую очередь, кадровых. Руководитель обязан быть сам привержен культуре качества и воспитывать персонал в духе приверженности идеям качества. Ему надлежит быть самому очень грамотным в вопросах менеджмента качества и обучать этому весь административно-управленческий и педагогический персонал.

Руководителям средних медицинских и фармацевтических образовательных организаций в условиях жесткой конкуренции, быстро меняющейся ситуации приходится концентрировать внимание не только на

внутреннем состоянии дел, но и вырабатывать стратегию развития, в основе которой должна быть постоянная работа по совершенствованию качества подготовки специалистов.

Высшему руководству СМФОО для практической реализации стратегий и устойчивого стратегического развития необходимо обеспечить создание четкой нормативно-правовой базы; внедрение системы мер дисциплинарного характера; внедрение гибкой системы оплаты труда; финансовое поощрение и признание заслуг наиболее инициативных и творчески работающих сотрудников; рост профессионального мастерства работников; создание оптимального психологического микроклимата в коллективе.

Кроме того, требуется не только разработка стратегического плана развития СМФОО и соответствующей документации, регламентирующей деятельность по руководству и управлению организацией применительно к качеству, но и приведение всех внутренних нормативных документов (локальных актов) в надлежащее состояние с обязательным определением полномочий и ответственности руководства и всего персонала СМФОО за качество выполняемых работ и оказываемых услуг. И, безусловно, на деле должен реализовываться принцип вовлечения персонала в решение задач повышения качества образования. Для этого следует охватить обучением весь остальной персонал. Практически все работники учреждения должны быть ознакомлены с организационной структурой, внутренней нормативной правовой базой, руководством по качеству и стандартами организации, политикой в области качества, целями в области качества, принципами международных стандартов ИСО серии 9000, процессами системы менеджмента качества СМФОО, взаимодействием процессов, включенных в систему менеджмента качества, матрицей ответственности и полномочий работников за функции, воздействующие на качество. Эти принципы и требования СМК надлежит претворять в жизнь настойчиво, непрерывно и постепенно, по принципу расходящихся волн. Важно суметь показать результативность внедрения идей менеджмента качества в СМФОО.

Опыт Казанского медицинского колледжа позволяет дать следующие рекомендации для руководителей, которые хотят быть эффективными, а именно: четко определить миссию, стратегические цели и задачи; провести серию исследований для выявления сильных и слабых сторон всех направлений деятельности образовательного учреждения и внешних возможностей, а именно: исследовать рынок труда; проанализировать текущие стратегии, выявить отличительные стратегические способности своего образовательного учреждения, которые выгодно отличают его от других; осуществить выбор стратегий, для этого сформулировать ключевые стратегические вопросы, разработать генеральную и функциональные стратегии, направленные на достижение целей образовательного учреждения, подготовить комплексные планы, включающие реализацию всех направлений деятельности учреждения; обеспечить выполнение стратегий; проводить регулярный мониторинг и контроль за выполнением стратегий и при необходимости осуществлять оперативную коррекцию действий по их реализации.

И всегда следует помнить: «Если ты не будешь развиваться, то это сделает твой конкурент».

**СИСТЕМНО-ДЕЯТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД В ОБУЧЕНИИ КАК ОСНОВА
РАЗВИТИЯ ТВОРЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЛУШАТЕЛЕЙ
НА ЗАНЯТИЯХ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ХИРУРГИИ
И ВО ВНЕУРОЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Хазанова Раиса Григорьевна,

ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород, Россия

Здоровье всегда было и остаётся главной составляющей человеческого счастья. И доверить его можно только людям знающим, чутким и милосердным. «Работа медицинской сестры – это наука и искусство» – так

говорила в свое время легендарная Флоранс Найтингейл, обучая медицинских сестёр.

Труд медицинской сестры благородный и ответственный, при котором нельзя допускать не единой ошибки. Трудно переоценить роль медицинской сестры в процессе лечения пациента хирургического стационара, где медицинская сестра не только выполняет назначения врача, а и самостоятельно организует уход в предоперационный и послеоперационный период.

Дополнительные профессиональные программы «Сестринское дело в хирургии» позволяют сформировать специалиста, способного творчески осуществлять сестринский процесс.

Согласно ФГОС нового поколения успешность современного человека определяют ориентированность на знания и активная жизненная позиция. Для взращивания такого типа человека предлагается системно-деятельный подход в обучении и воспитании.

Понятие системно-деятельного подхода было введено в 1985 году как особого рода понятие. Уже тогда ученые старались снять противоречия внутри отечественной психологической науки между системным и деятельным подходами, которые разработали Л.С. Выготский, А.Ф. Лурия и др. исследователи.

Суть системно-деятельного подхода заключается в развитии личности обучающегося на основе освоения им способов действий. Именно тогда слушатель сам учится на занятиях и во внеурочное время. В этой педагогической системе ставится акцент на знания, умения и навыки не на освоение фактов, а на овладение слушателями способов действий через собственную деятельность. Эти способы являются основой формирования компетенции «умение учиться самостоятельно».

Приоритет отдаётся обучению самостоятельно добывать нужную информацию, вычленять проблемы и применять полученные знания в

стационарных и нестандартных ситуациях, а также уметь выбирать пути решения проблем и оценить собственную деятельность.

А преподаватель должен создать условия для мотивирования, активной познавательной деятельности слушателя, на прирост знаний и собственного развития. Слова К.Д. Ушинского отражают суть современного типа урока: «Нужно чтобы дети, по возможности, учились самостоятельно, а учитель руководил этим самостоятельным процессом и давал для этого материал».

Основная цель работы преподавателя дать прочные знания слушателям. Знания передаются прямым путём взаимодействия слушатель – педагог, путём информации через самостоятельную активность, познавательную деятельность слушателей. Для углубления знаний и совершенствования навыков слушателей использую разные методы и технологии по характеру познавательной деятельности.

Творческую активность развивала через практическую деятельность «Единственный путь, ведущий к знаниям – это деятельность» Б. Шоу.

Самостоятельная и внеаудиторная работа слушателей планируется в рамках учебного плана. Практическая деятельность слушателей активизирует творческую активность, а творческая активность слушателей на учебных занятиях и во внеаудиторной деятельности способствуют формированию опыта профессиональной деятельности.

Технология организации самостоятельной и внеаудиторной работы включает два уровня. Первый уровень: преподаватель управляет деятельностью слушателей. Второй уровень: слушатель является субъектом образования и самореализации, а преподаватель мотивирует, создает условия творческой активности. На итоговой аттестации слушатели представляют выпускную квалификационную работу (ВКР) и защищают её, выступая на научно- практической конференции. Подготовка ВКР, защита её активизируют творческую активность слушателей. С целью развития интереса и качества выполнения ВКР провожу индивидуальные консультации, готовлю отзыв. Независимым специалистом пишется рецензия

на каждую работу. А слушатели готовят тезисы и выступают на конференции.

Практика показала, что развитие творческой активности слушателей через самостоятельную деятельность способствует повышению качества успеваемости.

«Скажи мне – и я забуду,

Покажи мне, и я запомню.

Дай мне действовать самому, и я научусь!». Китайская мудрость.

СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИННОВАЦИИ В ПОСТДИПЛОМНОМ ПРОЦЕССЕ ПО СТОМАТОЛОГИИ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ

Кочетова Анна Михайловна, Тесля Ольга Анатольевна,

Певзнер Бэлла Михайловна,

ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,

Россия

Образовательный процесс в ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения» по специальности «Стоматология» и образовательной программе «Сестринское дело в стоматологии» строится на принципах компетентностного подхода, инновационных технологий и ориентирован на потребности практического здравоохранения региона. Постоянно совершенствуется система подготовки специалистов, которая обеспечивает основные параметры организации и мотивации образовательного процесса, регулирование качества подготовки обучающихся. Инновации в образовании – это целенаправленные нововведения, целью которых является

получение стабильных и более эффективных результатов. Применительно к педагогическому процессу инновации означают введение нового в цели, содержание, методы и формы обучения и воспитания, организацию совместной деятельности обучающего и обучающегося, имеющие целью повышение их эффективности. Особенность современного медицинского образования составляет то, что наука все больше внедряется в учебный процесс, в связи с чем в функцию преподавателя входит преобразование научной информации в учебную на современном уровне. Цели педагогической деятельности полифункциональны, а комплексные педагогические задачи решаются с помощью современных методик преподавания конкретных наук.

Задачей преподавателя является ориентирование специалистов на постоянное профессиональное развитие, самообразование, развитие профессиональных компетенций, конкурентно способную деятельность. В группах зубных врачей и медицинских сестер стоматологических кабинетов мы применяем разнообразные современные образовательные технологии и инновации и составляющие их методы, средства и формы целесообразно тематике и учебным целям: информационно-рецептивный, репродуктивный, проблемный, частично-поисковый, исследовательский методы, в форме современных лекций (информационная, визуальная, проблемная, бинарная, пресс-конференция с использованием мультимедиа-технологий, учебных фильмов), активные и интерактивные формы обучения: семинары, дискуссии, практические занятия с симуляционным обучением (в кабинетах доклинической практики № 6 «Стоматология» и № 30 «Санэпидрежим»), используются ситуации «кейсы», исследовательская деятельность (конференция, «Круглый стол», «Конкурс профессионального мастерства», проектные методы), самостоятельная работа, групповые и индивидуальные формы организации учебно-познавательной деятельности. Проблемно- ориентированное обучение зубных врачей.

Результатом творческого взаимодействия в современной педагогике является инновационная педагогическая технология проблемно-ориентированного обучения с индивидуальным подходом – «Кейс методы». Это техника обучения, использующая описание реальных профессиональных ситуаций. Сложная многоаспектная технология, включающая операции исследовательского процесса и аналитические процедуры; специалисту приходится работать в условиях недостаточной определенности ситуации, действовать «по обстановке». Это способ коллективного обучения, форма развивающего обучения, разновидность проектной технологии. Мы используем Кейс-ситуационные задания при профессиональной переподготовки зубных врачей и гигиенистов. Практико-ориентированное обучение зубных врачей и медицинских сестер стоматологических учреждений базируется на компетентностном подходе, предполагающем усиление практической направленности. Основой такого подхода является интеграция образовательного процесса с деятельностью лечебно-профилактических учреждений, что позволяет создать единое образовательное пространство для практической медицины, достичь целей при переподготовке и повышении квалификации кадров, активно взаимодействовать и обмениваться опытом с коллегами медиками, что проявляется в проведении занятий на учебных базах – в стоматологических организациях города Нижнего Новгорода и Нижегородской области, а также проведении выездных циклов повышения квалификации (ПК) без отрыва от работы и профессиональной переподготовки специалистов по запросу медицинских организаций (Областная стоматологическая поликлиника, учебный центр «Центр развития стоматологии»).

Учитываются различительные качества контингента учебной группы: возраст, стаж работы, особенности профессионального опыта, личностные характеристики. Для положительного взаимодействия с обучающимися в учебных группах используются педагогические приемы: сотрудничество преподавателя со слушателями, вариативность взаимодействия с группой,

малых творческих групп, индивидуальный подход, создание условий для самореализации обучающихся взрослых, развитие творчества, здоровьесберегающие технологии, создание для обучающихся ситуаций уверенности и успеха. Осуществляется методическая помощь и модерация самостоятельной работы. За 2015 по 2018 годы проведено 12 учебных научно-практических мероприятий (175 участников), участие в конкурсах УИРС (2-е место 4 участника), успеваемость 100%, качественный показатель 94,5%, средний балл 4,6.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

УДК: 614.253.52:658.518.3

СТАНДАРТНЫЕ ОПЕРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕДУРЫ КАК ЭЛЕМЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Поздеева Татьяна Васильевна, Подушкина Ирина Валентиновна,
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Аннотация. Обеспечение качества медицинской помощи и поддержание его на постоянном высоком уровне требует от каждой медицинской организации разработки и внедрения стандартных операционных процедур. Сестринский персонал в целом имеет представление об алгоритмах выполнения медицинских услуг. Вместе с тем рядовые медицинские сестры считают: стандартные операционные процедуры используются руководством организации в основном для контроля работы, они излишне формализуют профессиональную деятельность и должны применяться только для адаптации молодых специалистов. Сложившаяся ситуация свидетельствует о необходимости развития персонала с целью преодоления сопротивления переменам.

STANDARD OPERATING PROCEDURES AS AN ELEMENT OF QUALITATIVE MEDICAL HELP

Pozdeeva Tatyana Vasylievna, Podushkina Irina Valentinovna,
FSBEI HPT «PRMU» of the Ministry of Health of Russia

Annotation. Providing and sustaining high quality of medical help requires every medical organization to develop and implement standard operating procedures. Nursing staff has a general idea about algorithms of providing medical services and as such carry varying opinions. Among them it tends to be believed

that standard operating procedures only used as a means of control, its usage formalizes the processes and it should be performed only by the «rookie» staff. The following situation indicates the need of fighting the fear of changes among the medical staff.

Введение. Все уровни в медицинской организации (МО) в своей деятельности используют систему стандартов организации в виде стандартов процессов и рабочих мест. Основная цель такой системы – сделать лечение пациентов эффективным и безопасным. Если у персонала нет четких инструкций, он чаще допускает профессиональные ошибки. Стандарты процессов могут быть представлены в виде алгоритмов, регламентов, чек листов, схемы, инструкции, а также стандартной операционной процедуры (СОП).

СОПы – документально оформленные инструкции по выполнению рабочих процедур, формализованные алгоритмы выполнения требований стандартов медицинской помощи. Включают в себя требования по контролю качества, требования к сырью, квалификации, используемому оборудованию. В отличие от стандартов различного уровня, которые отвечают на вопрос – что нужно делать правильно, СОПы отвечают на второй вопрос обеспечения качества – как нужно делать правильно, когда, где и кому. СОПы – обязательная часть системы менеджмента качества в любой МО.

Цель работы. Определить значение СОПов в МО для обеспечения качества и доступности медицинской помощи и разработать рекомендации по разработке СОПов.

Материалы и методы. Нормативные документы для разработки СОПов: ГОСТы (Технология выполнения простых медицинских услуг» (5 документов)), СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». Анкетирование медицинских сестер до и после «круглого стола» «Что такое СОП?» (пилотный проект).

Результаты и их обсуждение. Система менеджмента качества предусматривает разработку СОПов на все производственные операции. Это позволяет тиражировать медицинскую услугу без искажений во всех подразделениях МО.

СОПы могут разрабатываться в рамках клинических рекомендаций, клинических протоколов МО и стандартов. В этом случае СОПы рассматриваются как процедуры, обеспечивающие выполнение требований порядка оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и протоколов.

СОПы применяют в медицинских организациях для стандартизации процессов, для определения лучшего способа выполнения работы, для упрощения ввода в работу новых сотрудников, для проведения внутренних аудитов, поиска ошибок и рисков в работе, для фиксации совокупного опыта персонала. Анализ анкетирования рядовых медицинских сестер показал, что все опрошенные имеют понятие о СОПах, но 16,6% считают, что внедрение СОП в работу их МО – дело будущего. Только 13,3% медицинских сестер заявили, что принимали участие в разработке стандарта рутинной операционной процедуры. Около половины респондентов (49,8%) заявили, что СОПы являются инструментом контроля со стороны руководителей сестринских служб организации, а 83,0% случаев подчеркнули важность использования СОПов при адаптации нового сотрудника на рабочем месте.

СОПы для МО делят на несколько видов: экстренных работ, рутинных работ, системы менеджмента качества. СОПы, регламентирующие выполнение экстренных работ, обеспечивают безопасность пациента и персонала. В них описаны действия персонала в экстренных ситуациях, угрожающих жизни и здоровью (например, при анафилактическом шоке). СОПы, регламентирующие выполнение рутинных работ, описывают процедуры, которые медицинская сестра выполняет ежедневно и многократно. Эти операционные процедуры могут содержать указания из инструкций производителя оборудования, расходных материалов.

Продолжение анкетирования медицинских сестер после обсуждения теоретических вопросов разработки СОПов и опыта их применения, установило, что, по мнению респондентов, любая простая медицинская услуга может быть представлена в виде документа, устанавливающего алгоритм ее проведения. Вместе с тем, 66,4% опрошенных заявили, что «умеют выполнять профессиональные обязанности без лишнего формализма», а 33,6% согласились, что необходима периодическая самопроверка знаний технологий проведения процедуры. Респонденты связывают это с необходимостью выполнения большого количества работы и подсознательным желанием «упростить» процесс и сократить время на его выполнение.

Что касается СОПов, регламентирующих выполнение экстренных работ, медицинские сестры, отметили необходимость их доступности на рабочем месте в 89,6% случаев, наличие пошагового алгоритма – в 83,0%; обязательность обучения персонала и периодической проверки – в половине случаев.

Заключение.

1. Тиражирование медицинской услуги в режиме постоянного качества и безопасности для пациентов предусматривает разработку документов, которые описывают стандартные действия персонала – СОПов.
2. Проведенное анкетирование процедурных и палатных медицинских сестер выявило недостаточный уровень знаний по алгоритму разработки СОПов и их применения.
3. При внедрении СОПов необходимо обучение персонала, в том числе и для преодоления сопротивления вводимым новациям.

УДК: 571.27

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ
ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ, ПРАЗДНИЧНЫЕ
И ВЫХОДНЫЕ ДНИ. ОПЫТ РАБОТЫ СТАРШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ
СЕСТРЫ, ОТВЕТСТВЕННОЙ ПО СТАЦИОНАРУ ГУЗ «ГОРОДСКАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1» г. ЧИТА**

Швецова¹ Оксана Валерьевна, Вишнякова² Валентина Александровна,

¹ГУЗ «Городская клиническая больница № 1», Россия,

²Забайкальская общественная организация «Профессиональные медицинские
специалисты», Россия, Забайкальский край г. Чита

Введение. ГУЗ «Городская клиническая больница» – одно из ведущих лечебных учреждений Забайкальского края, это крупное многопрофильное лечебное учреждение, обеспечивающее оказание в полном объеме экстренной и плановой медицинской помощи населению города Читы и Забайкальского края. Мощность коечного фонда – 600 коек круглосуточного пребывания, 40 из них реанимационные. Кадровый потенциал: 195 врачей, 330 человек среднего медицинского персонала, 145 санитарок, 59 уборщиц.

Материалы и методы. В 2015 году после очередного инцидента по нарушению трудовой дисциплины средним и младшим медицинским персоналом, Советом медицинских сестер был проведен анализ работы медицинского персонала в выходные и праздничные дни. Было выявлено следующее:

- нарушения трудовой дисциплины (поздние приходы, ранние уходы с работы, неконтролируемые замены);
- отсутствие контроля за санитарным состоянием помещений (санитарки и уборщицы помещений были предоставлены сами себе);
- постоянно стоял вопрос о транспортировке гистологического, биологического материала, препаратов крови;

– при отсутствии или нехватке препаратов, расходных материалов в отделении (а у нас больница скорой помощи) вызывали старшую медицинскую сестру, заведующую аптекой из дома в любое время дня и ночи;

– у сестры диетической практически не было выходных и праздников, постоянно телефонные звонки (нужно сформировать и подать дополнительные заявки для того, чтобы пациенты были накормлены), а в это время в отделениях оставались не востребованные порции.

– если возникали форс-мажорные обстоятельства старшей медицинской сестре приходилось приезжать из дома для решения проблем.

Результаты и их обсуждение. После обсуждения данных проблем, при совместном взаимодействии с Забайкальской общественной организацией «Профессиональные медицинские специалисты» во главе с президентом Валентиной Александровной Вишняковой, юристом, экономистами, работниками кадровой службы было принято решение об организации должности ответственной старшей медицинской сестры для дежурств в ночное время, праздничные и выходные дни в стационаре. После произведенной калькуляции расчетов экономистами [1] была определена сумма доплат, внесены дополнения в должностные инструкции:

1. Во время дежурства в выходные, праздничные дни, ночное время контролирует соблюдение трудовой дисциплины средним, младшим, прочим (уборщицы) персоналом:

– своевременно замещает медицинских сестер и санитарок, не вышедших на работу;

– проводит обходы в отделениях не менее 3 раз в сутки, с проведением сверки и отметки в графике выходов;

– ведет журнал прихода и ухода с работы прочего персонала – уборщиц.

2. Выполняет функции диетсестры:

– осуществляет контроль за доставкой пищи комбинатом питания «МедФуд»;

- осуществляет контроль за соблюдением санитарно-гигиенического режима в раздаточных и буфетных отделениях;
- осуществляет контроль за выполнением работниками раздаточных правил личной гигиены;
- отслеживает поступивших пациентов в отделение, по возможности проводит сортировку ланч боксов с питанием для осуществления питания вновь поступивших пациентов;
- формирует и оформляет заявки на питание вновь поступивших пациентов.

3. Упаковывает и транспортирует биоматериал на бактериологические исследования в краевую инфекционную больницу г. Читы;

- упаковывает и транспортирует гистологический материал для патоморфологического исследования в патологоанатомическое бюро;
- занимается транспортировкой крови и ее препаратов со станции переливания крови по заявкам;

4. Контролирует соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в стационаре [2];

- проведение текущей и генеральной уборок;
- работу центрального стерилизационного отделения.

5. Контролирует соблюдение лечебно-охранительного режима в отделениях [2];

- контролирует строго соблюдение правил внутреннего распорядка дня в отделениях;

6. При возникающей необходимости производит перераспределение лекарственных препаратов, расходных материалов между отделениями стационара.

7. Осуществляет помощь в сортировке больных в условиях приемно-диагностического отделения в случае поступления большого количества пациентов.

8. В конце рабочей смены делает записи в журнале, с устным отчетом у главного врача, ответственного дежурного врача по стационару.

9. Контролирует соблюдение дресс-кода в отделениях.

Определены критерии отбора старших медицинских сестер для работы ответственной по стационару: старшая медицинская сестра ответственная по стационару в выходные, праздничные дни, ночное время должна иметь стаж в занимаемой должности не менее 6 лет, высшую или первую квалификационную категорию, обладать организаторскими способностями.

Выводы. Был издан приказ [3] и введен в действие с 09.01.2017 года. И вот на протяжении 2 лет такая должность в ГУЗ Городская клиническая больница № 1 существует и приносит только положительные результаты своей работы:

- отсутствие нарушений трудовой дисциплины;
- отсутствие проблем, связанных с транспортировкой гистологических, биологических материалов;
- экономия денежных средств, связанная с питанием пациентов (не заказывают дополнительное питание с комбината питания «МедФуд», перераспределяют порции внутри стационара между отделениями);
- ведется постоянный контроль за работой среднего и младшего персонала, что привело к отсутствию жалоб со стороны пациентов, врачей.

Работа по этому направлению способствует улучшению мероприятий по обеспечению внутреннего контроля и безопасности медицинской деятельности в ночное время, праздничные и выходные дни.

Литература

1. Гущин Г.В. Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в лечебно-профилактических учреждениях / Г.В. Гущин // Вопр. экспертизы и качества мед. помощи. – 2017 – № 6 – С. 16-25.

2. Иванов И. Внутренний аудит качества и безопасности: как организовать и какие документы требовать от подчиненных / И. Иванов // Здравоохранение. – 2017 – № 3 – С. 18-25.

З. Князев Е. Г. Положение об ответственном за обеспечение качества и безопасности в медорганизации: образец документа / Е.Г. Князев, А.Б. Таевский, Б. В. Таевский // Зам. гл. врача: лечеб. работа и мед. экспертиза. – 2017 – № 2 – С. 60-73.

УДК: 614.2

**ОЦЕНКА ФАКТОРОВ МОТИВАЦИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО
ПЕРСОНАЛА В ФГБУ «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ им. С.Г. СУХАНОВА» МИНЗДРАВА
РОССИИ (г. ПЕРМЬ)**

Брызгалова Ольга Михайловна, Иванова Ольга Вячеславовна,

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии
им. С.Г. Суханова» Минздрава России (г. Пермь), г. Пермь, Россия

Аннотация. В системе здравоохранения сестринский персонал – это наиболее значимая часть трудовых ресурсов. Проблемы повышения трудовой мотивации медицинских работников являются важнейшей функцией управления здравоохранением. Чрезвычайно важна четкая мотивация деятельности медицинских сестер в изменяющейся структуре управления медицинскими организациями. Цель – изучение факторов мотивации медицинских сестер для оказания качественной медицинской помощи. Результаты. Проведен социологический опрос 100 медицинских сестер. Анкетирование показало, что одним из доминирующих факторов мотивации является высокий и стабильный уровень заработной платы, также не менее значимые комфортные условия работы, взаимоотношения, признание, интерес к работе, разнообразие работы, креативность, стремление к достижениям.

Ключевые слова: мотивация, престиж профессии медицинской сестры, профессиональная деятельность медицинской сестры.

**ESTIMATION OF FACTORS OF MOTIVATION OF MEDIUM MEDICAL
PERSONNEL IN FEDERAL CENTER FOR CARDIOVASCULAR
SURGERY NAMED AFTER S. G. SUKHANOV OF RUSSIAN
FEDERATION'S MINISTRY OF HEALTH RUSSIA (PERM)**

Bryzgalova Olga Mikhailovna, Ivanova Olga Vyacheslavovna,

Federal center for cardiovascular surgery named after S.G. Sukhanov of Russian
Federation, Ministry of Health Russia (Perm), Perm, Russia

Annotation. In the health care system, nursing staff is the most significant part of the workforce. The problems of increasing the labor motivation of medical workers are the most important function of health care management. The clear motivation of nurses in the changing management structure of medical organizations is extremely important. The goal is to study the factors of motivation of nurses to provide quality medical care. Results. A sociological survey of 100 nurses. The survey showed that one of the dominant factors of motivation is a high and stable wage level, also no less significant comfortable working conditions, relationships, recognition, interest in work, diversity of work, creativity, striving for achievements.

Key words: motivation, prestige of the nursing profession, professional activity of the nurse.

Введение. Мотивация – процесс побуждения себя и других людей к деятельности для достижения личных целей и целей организации. Невозможно мотивировать человека директивно, насильственным образом. Руководителям следует постоянно изучать стремления, желания, цели, ценности, которые определяют деятельность персонала.

В системе здравоохранения сестринский персонал – это наиболее значимая часть трудовых ресурсов. На профессиональную деятельность медицинских сестер особое влияние оказывают такие негативные факторы,

как недостаточный престиж профессии, относительно низкая заработная плата, сложные условия труда, что затрудняет процесс управления. В связи с этим чрезвычайно важна четкая мотивация деятельности медицинских сестер в изменяющейся структуре управления лечебных учреждений.

Престиж профессии медицинской сестры, как отмечалось ранее, играет одну из существенных ролей в структуре трудовой мотивации медицинских сестер. Поднять престиж профессии не так просто, и это является общей задачей не только системы здравоохранения, но и культурного состояния всего общества, иерархии общественных ценностей. Внедряемые в массовое сознание россиян извне трудовые мотивы и ценности западного образца не соответствуют той модели отношения к труду, которая формировалась на протяжении многих лет на основе внутренних предпосылок и требований экономического развития. Снижение общего культурного уровня населения, частью которого являются медицинские сестры, приводит к примитивизации потребностей, неразвитости мотивационной сферы.

Цель. Изучить факторы мотивации медицинских сестер для оказания качественной медицинской помощи на базе ФГБУ «ФЦССХ им. С.Г. Суханова» Минздрава России (г. Пермь) (далее – ФЦССХ).

Задачи. Выявить доминирующие и малозначимые факторы с помощью тестирования. Провести анализ полученных данных. Обратить внимание администрации на малозначимые факторы, имеющие значение для улучшения качества медицинского обслуживания.

Материалы и методы. Объектом исследования являются результаты анкетирования 100 медицинских сестер ФЦССХ разных отделений, в возрасте от 22 до 55 лет, стаж работы от 1 до 35 лет.

Результаты и их обсуждение. Проблемы повышения трудовой мотивации медицинских работников являются важнейшей функцией управления здравоохранением. Без их решения вряд ли возможно реальное улучшение качества и культуры оказания медицинской помощи населению, а также повышение эффективности деятельности медицинской организации и

отрасли в целом на основе рационального использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов. В настоящее время доказано, что деньги не всегда побуждают человека трудиться усерднее. Проблемы повышения трудовой мотивации носят системный характер и требуют комплексного подхода при их решении.

Вопросы в анкете составлены с целью выявления ценностей по приоритетам медицинских сестер. Проанализировав данные о предпочитаемых факторах мотивации, можно сделать вывод, что у каждого конкретного сотрудника имеется свойственная только ему мотивационная система, которая зависит от личностных качеств сотрудника и жизненных обстоятельств, в которых он находится в настоящее время.

Данные анкетирования медицинских сестер ФЦССХ с целью выявления факторов мотивации показали, что основным мотивирующим фактором является высокий и стабильный уровень заработной платы, что составил 70% положительных ответов анкеты, 20% ответов респондентов анкеты находят работу интересной, удовлетворенной требованием сестринского медицинского персонала по графику и режиму работы («я четко представляю, что от меня требуют»), планированию отпуска, отношению в коллективе, полному социальному пакету. Мотивационными факторами: благодарности, грамоты, устная похвала, демонстрация признательности за выполненную работу, помещение фотографий лучших сотрудников на «доску почета», поздравление с праздниками, с днем рождения, поздравления стажистов, проведение конкурсов профессионального мастерства, соревнований, составили 5% положительных ответов среднего медицинского персонала. 5% респондентов положительно отметили возможности повышения квалификации, обучения смежным специальностям, направления на конференции, семинары, работа в команде, карьерный рост.

Формирование внутренней трудовой мотивации и привлечение сестринского персонала к научно-исследовательской и учебно-методической деятельности ведет к повышению престижа и широкая пропаганда

общественной значимости профессии медицинской сестры. В ФЦССХ созданы все условия для реализации этих возможностей. Основным правилом руководителя является востребованность в каждом сотруднике, создание прочной связи работников с организацией, привлечение новых сотрудников.

Ежегодно 2 раза в год сотрудникам ФЦССХ выплачиваются премии, также поощряются сотрудники-юбиляры, участники конкурсов профессионального мастерства.

В конце каждого года по итогам лечебного процесса выбирают лучших медицинских специалистов в разных отраслях и награждают дипломами, например, «лучшая операционная медицинская сестра», «лучший рентгенолаборант», и др.

Медицинские сестры, участвующие активно в научной жизни ФЦССХ, публикуют статьи, тезисы и выступают на международных, всероссийских, краевых конференциях, форумах, саммитах с докладами, мастер-классами в различных городах РФ.

Обучение смежным специальностям сестринского персонала повышает профессиональный и личностный рост сотрудников, который приветствуется руководством ФЦССХ.

Заключение. Оценив факторы мотивации, мы заметили, что одним из доминирующих является высокий и стабильный уровень заработной платы, не менее значимые комфортные условия работы, взаимоотношения, признание, интерес к работе, разнообразие работы, креативность, стремление к достижениям. Снизилась текучесть сестринских кадров, проводится профилактика профессионального выгорания и профессионального стресса. Исходя из всего вышеизложенного, можно сказать, что у руководства ФЦССХ выбран правильный подход к созданию прочного коллектива.

Литература

1. Алексеева О.Д., Соловьева А.В. Роль руководителя сестринской службы в создании «мотивационной» среды учреждения // Медицинская сестра. – 2008. – № 4.
2. Антипова И.Н., Шлыкова И.Н., Матвеева Е.В. Управление мотивацией трудовой деятельности медицинских сестер ЛПУ // Главная медицинская сестра. – 2010. – № 6.
3. Бутенко Т.В. Трудовая мотивация медицинских сестер: проблемы и перспективы решения [Текст] / Т.В. Бутенко // Психологические науки: теория и практика: материалы междунар. заоч. науч. конф. (г. Москва, февраль 2012 г.). – М.: Буки-Веди, 2012. -- С. 72-75
4. Егоршин А.П. Управление персоналом: Учебник для вузов. – Н. Новгород: НИМБ, 2001. – 720 с.
5. Жаворонков Е.П., Ким Ю.О., Николаева Т.Г., Куликова Н.В. Факторы мотивации труда медицинских сестер в ЛПУ Научный журнал ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России (г. Новосибирск) № 2 – 2012.
6. Организация медицинской помощи в Российской Федерации: учебник / Под ред. В.А. Решетникова. – Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство». 2018. – 432 с.

УДК: 614.2

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
В ФГБУ «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
ХИРУРГИИ им. С.Г. СУХАНОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ
(г. ПЕРМЬ)**

Чудинова Наталья Николаевна, Иванова Ольга Вячеславовна,
ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии им.
С.Г. Суханова» Минздрава России (г. Пермь), г. Пермь, Россия

Аннотация. В новых экономических условиях в медицинских организациях возникает необходимость развития платных медицинских услуг с привлечением дополнительных финансовых ресурсов. Цель нашего исследования – проанализировать организацию платных медицинских услуг в Центре. Результаты. Проведен социологический опрос 50 пациентов, получавших платные медицинские услуги в Центре. Анкетирование показало, что пациенты полностью удовлетворены качеством оказания платных медицинских услуг.

Ключевые слова: платные медицинские услуги, социологический опрос, удовлетворенность медицинской помощью, доступность.

**ORGANIZATION OF PAID MEDICAL SERVICES IN FEDERAL
CENTER FOR CARDIOVASCULAR SURGERY NAMED AFTER
S.G. SUKHANOV OF RUSSIAN FEDERATION'S MINISTRY
OF HEALTH RUSSIA (PERM)**

Chudinova Natalia Nikolaevna, Ivanova Olga Vyacheslavovna,
Federal center for cardiovascular surgery named after S. G. Sukhanov of Russian
Federation's Ministry of Health Russia (Perm), Perm, Russia

Annotation. In the new economic conditions in medical organizations there is a need to develop paid medical services with the involvement of additional

financial resources. The goal of our research is to analyze the organization of paid medical services at the Center. Results. A sociological survey of 50 patients who received paid medical services at the Center. The survey showed that patients are fully satisfied with the quality of paid medical services.

Key words: paid medical services, sociological survey, satisfaction with medical care, accessibility.

Введение. В условиях современной экономической ситуации медицинские организации вынуждены привлекать дополнительные финансовые ресурсы, развивать платные медицинские услуги.

Рассматривая платные медицинские услуги (далее – ПМУ) в государственных организациях, необходимо подходить с точки зрения законности оказания их в бюджетных учреждениях здравоохранения.

Платные медицинские услуги являются дополнением к законодательно гарантированному объему бесплатной медицинской помощи гражданам в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и утверждаемых на ее основе соответствующих территориальных программ в субъектах Российской Федерации.

Правовое регулирование деятельности по предоставлению платных медицинских услуг осуществляется Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 323), Законом от 07.02.1992 № 23001 – 1 (ред. от 18.03.2019) «О защите прав потребителей» и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006) (далее Правила) [1, 2, 3].

Для государственных и муниципальных медицинских организаций, оказывающих платные медицинские услуги, важным вопросом является

правильно выстроенная система организации оказания платных услуг, не в ущерб выполнению программы госгарантий.

По нашему мнению, в настоящее время одним из основных принципов при организации платных медицинских услуг наряду с финансовой независимостью является соблюдение принципа пациент ориентированности, в частности соответствие ожиданиям пациентов.

Цель работы: провести анализ организации платных медицинских услуг ФГБУ «ФЦССХ им. С.Г. Суханова» Минздрава России (г. Пермь) (далее – ФЦССХ).

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие **задачи:**

1. Оценить организацию платных медицинских услуг в ФЦССХ.
2. Разработать предложения по развитию основных направлений совершенствования организации платных медицинских услуг населению.

Материалы и методы: информационно-библиографический, аналитический, социологический опрос.

Результаты и их обсуждение. Нами рассмотрена организация ПМУ в ФЦССХ, которая осуществляется на базе структурных подразделений: приемно-поликлинического, рентгенодиагностического, клинικο-диагностического отделений, отделения функциональной и ультразвуковой диагностики, стационар. Важным этапом развития системы оказания платных медицинских услуг являлась организация приема пациентов, лечащихся на платной основе. В современных условиях ФЦССХ отдельное внимание уделяется мероприятиям по повышению доступности для пациентов целого ряда комплексного диагностического обследования: комплексное обследование сердца и сосудов, ультразвуковые методы исследования, функционально-диагностические исследования, мультиспиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, клинικο-биохимические, бактериологические, иммунологические, морфологические исследования, консультативный

прием, рентгенохирургические методы диагностики и лечения. Диагностические возможности ФЦССХ направлены прежде всего на то, чтобы своевременно поставить пациенту точный диагноз для последующего лечения. С повышением удовлетворенности населения и качества предоставляемой медицинской помощи, способствует повышению финансовой устойчивости для ФЦССХ.

Проведена оценка организации платных медицинских услуг в ФЦССХ по результатам социологического опроса пациентов.

Рассмотрены результаты опроса 50 пациентов за I квартал 2019 года. Из опрошенных пациентов было 22 (44%) мужчин и 28 (56%) женщин. Распределение респондентов по возрасту показало, старше 60 лет – 13 (26%), в возрасте 51–60 лет – 15 (30%), в группе от 36 до 50 лет было – 18 (36%) человек, небольшое количество пациентов входили в группу 26–35 лет – 4 (8%). Анализ распределения пациентов по месту жительства показал, что большинство – это жители города Перми 26 (52%) человек, 24 (48%) пациента – Пермского края.

В рамках проведенного социологического исследования было выявлено, что, обращаясь за платной медицинской помощью, пациенты, соответственно, надеялись на ее оказание высококвалифицированным медицинским персоналом (средний балл 4,90); что врачи дадут им понятные объяснения назначенных и проведенных исследований (средний балл 4,82), и с пациентами обязательно будет согласована тактика назначенного лечения (средний балл 4,86); удовлетворённость пациента на выявление врачом изменения состояния здоровья с учетом жалоб (средний балл 4,84). Также при лечении за плату пациенты ожидают внимательного и уважительного отношения медицинского персонала (средний балл 4,82); высокой степени качества услуг (средний балл 4,66); наличие современного медицинского оборудования (средний балл 4,90). Оценивалось по 5-балльной шкале.

Анкетирование показало, что пациенты полностью удовлетворены качеством оказания ПМУ.

Разработали предложения по развитию основных направлений совершенствования организации платных медицинских услуг: выделить отдельное помещение с отдельным входом для приема пациентов на платной основе, со специально выделенным медрегистратором на ресепшн, который встречает пациентов, оформляет необходимую документацию и сопровождает пациента до кабинета врача-специалиста. Реализовать возможность отправки напоминаний пациентам о записи на прием с помощью SMS на телефон и электронную почту, оповещения пациентов об изменениях в расписании работы врачей, об отмене обследований в связи с неисправностью оборудования с помощью SMS на телефон и электронную почту.

Заключение. Данный комплекс мероприятий способствует не только увеличению финансовой устойчивости ФЦССХ, но и повышению доступности для пациентов целого комплекса медицинских услуг, в том числе высокотехнологичных, уровня их удовлетворенности результатами медицинской помощи.

Литература

1. Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 04.06.2018) «О защите прав потребителей».
2. Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
3. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. Федеральных законов от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. 14.12.2015), от 25.06.2012 № 89-ФЗ, от 25.06.2012 № 93-ФЗ, от 02.07.2013 № 167-ФЗ, от 02.07.2013 № 185-ФЗ, от 23.07.2013 № 205-ФЗ, от 27.09.2013 № 253-ФЗ, от 25.11.2013 № 317-ФЗ, от 28.12.2013 № 386-ФЗ, от 04.06.2014 № 145-ФЗ, от 21.07.2014 № 205-ФЗ, от 21.07.2014 № 243-ФЗ, от 21.07.2014 № 246-ФЗ, от 21.07.2014 № 256-ФЗ, от 22.10.2014 № 314-ФЗ, от 01.12.2014 № 418-ФЗ, от 01.12.2014 № 419-ФЗ, от 31.12.2014

№ 519-ФЗ, от 31.12.2014 № 532-ФЗ, от 08.03.2015 № 33-ФЗ, от 08.03.2015 № 55-ФЗ, от 06.04.2015 № 78-ФЗ, от 29.06.2015 № 160-ФЗ, от 13.07.2015 № 213-ФЗ, от 13.07.2015 № 230-ФЗ, от 13.07.2015 № 233-ФЗ, от 13.07.2015 № 271-ФЗ, от 14.12.2015 № 374-ФЗ, от 29.12.2015 № 389-ФЗ, от 29.12.2015 № 408-ФЗ, от 05.04.2016 № 93-ФЗ, от 26.04.2016 № 112-ФЗ, от 03.07.2016 № 286-ФЗ, от 03.04.2017 № 61-ФЗ, от 01.05.2017 № 86-ФЗ, от 01.07.2017 № 154-ФЗ, от 29.07.2017 № 216-ФЗ, от 29.07.2017 № 242-ФЗ, от 05.12.2017 № 373-ФЗ, от 05.12.2017 № 392-ФЗ, от 29.12.2017 № 465-ФЗ, от 07.03.2018 № 56-ФЗ). [Электронный ресурс]. – М., 2018. - Режим доступа: Система Консультант плюс.

УДК: 616–073.756.8

**УДВОЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ
СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ДО И ПОСЛЕ КОРОНАРОГРАФИИ
С ПОСЛЕДУЮЩИМ ВЫПОЛНЕНИЕМ СТЕНТИРОВАНИЯ**

Снегирева Татьяна Геннадьевна,

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Аннотация. Автор в статье раскрывается роль медицинской сестры в подготовке к пациентам эндоваскулярной диагностики, а также к хирургии коронарных артерий, ангиопластики и стентированию. Автор раскрывает проблемы знания пациентов о эндоваскулярной диагностике и хирургии коронарных артерий, ангиопластики и стентирования коронарных артерий, подготовки к данной процедуре, осложнениях и реабилитации пациентов после стентирования.

Ключевые слова: эндоваскулярная диагностика, знание пациентов, подготовка, реабилитация, методические рекомендации.

Annotation. The author of the article reveals the role of the nurse in the preparation of endovascular diagnosis for patients, as well as for coronary artery surgery, angioplasty and stenting. The author reveals problems of patient's knowledge about endovascular diagnosis and surgery of the coronary arteries, angioplasty and coronary artery stenting, preparation for this procedure, complications and rehabilitation of patients after stenting.

Key words: adovascular diagnosis, patient knowledge, training, rehabilitation, methodical recommendations.

Введение. Мировые тенденции развития лучевой диагностики используется все более широкое применение неинвазивные методы выбора тактики и метода хирургического лечения. На современном этапе развитие медицинской технологии ангиография все чаще становится лечебной процедурой и применяется при рентгеновских, эндоваскулярных вмешательствах. Тем не менее, относительно высокая стоимость диагностического оборудования, такого как рентген, компьютер, электронная эмиссия или магнитно-резонансная томография, фатальное применение этих методов.

Под коронарной ангиографией – понимают инвазивное диагностическое исследование, выполняемое в условиях рентгенооперационной путем введения контрастного вещества в устья коронарных артерий под рентгенологическим контролем [4]. Основная характерная черта эндоваскулярной хирургии – отсутствие разрезов, проводимых в сосудах чрескожным доступом под рентгеновским контролем. Одним из таких методов эндоваскулярной хирургии, является стентирование коронарных артерий (чрезкожное коронарное вмешательство) – позволяющие увеличить просвет пораженной атеросклеротическим процессом артерии. Основой процедуры коронарного стентирования является проведение баллонного катетера соответствующего диаметра в узкий участок сосуда под контролем

рентгеноскопии и последующее его расширение. При этом происходит «раздавливание» атеросклеротической бляшки и увеличение просвета артерии сердца. После расширения сосуда в его просвет может быть установлен стент – металлический каркас [3]. Это малоинвазивная хирургия характеризуется, как правило, более быстрым выздоровлением пациента, более коротким пребыванием в стационаре, меньшим операционным риском по сравнению с традиционной хирургией. Эндоваскулярная хирургия, ее уникальные методы имеют применение в кардиологии при лечении хронических форм ишемической болезни сердца и острого коронарного синдрома; в нейрохирургии – при аневризмах и сосудистых пороках развития головного мозга; в сосудистой хирургии – при облитерирующем атеросклерозе нижних конечностей, стенозе сонных артерий, эмболии легочной артерии и других нозологиях. Основными законодательными актами закреплено право человека на охрану и укрепление здоровья [1]. Любое государство заинтересовано в здоровье нации. Поэтому современная медицина, в частности кардиология, совершенствуется и предлагает пациентам передовые методы лечения и диагностики [2].

Материалы и методы. В исследовании были применены библиографический, метод анкетирования, математико-статистический. Данное исследование позволит разработать методическое пособие для медицинских сестер в поддержания и повышения качества оказания медицинской помощи пациентам после выполнения коронарографии и стентирования.

Результаты и их обсуждение. Исследование проводилось на клинических базах университета (городские клинические больницы). На первом этапе было проведен отбор респондентов для анкетирования и получено информированное согласие на обработку данных. В анкетирование участвовали респонденты клинических баз (ГКБ) университета в возрасте от 35 до 60 лет в количестве 40 чел. На втором

этапе было проведено анкетирование пациентов по удовлетворенности организации работы медицинского персонала в отделении кардиологии и осведомленности пациентов о рекомендациях и профилактики осложнений до и после коронарографии с последующем выполнением стентирования. Результаты исследования по удовлетворенности организации работы медицинского персонала в отделении кардиологии представлены в диаграмме (рис. 1).

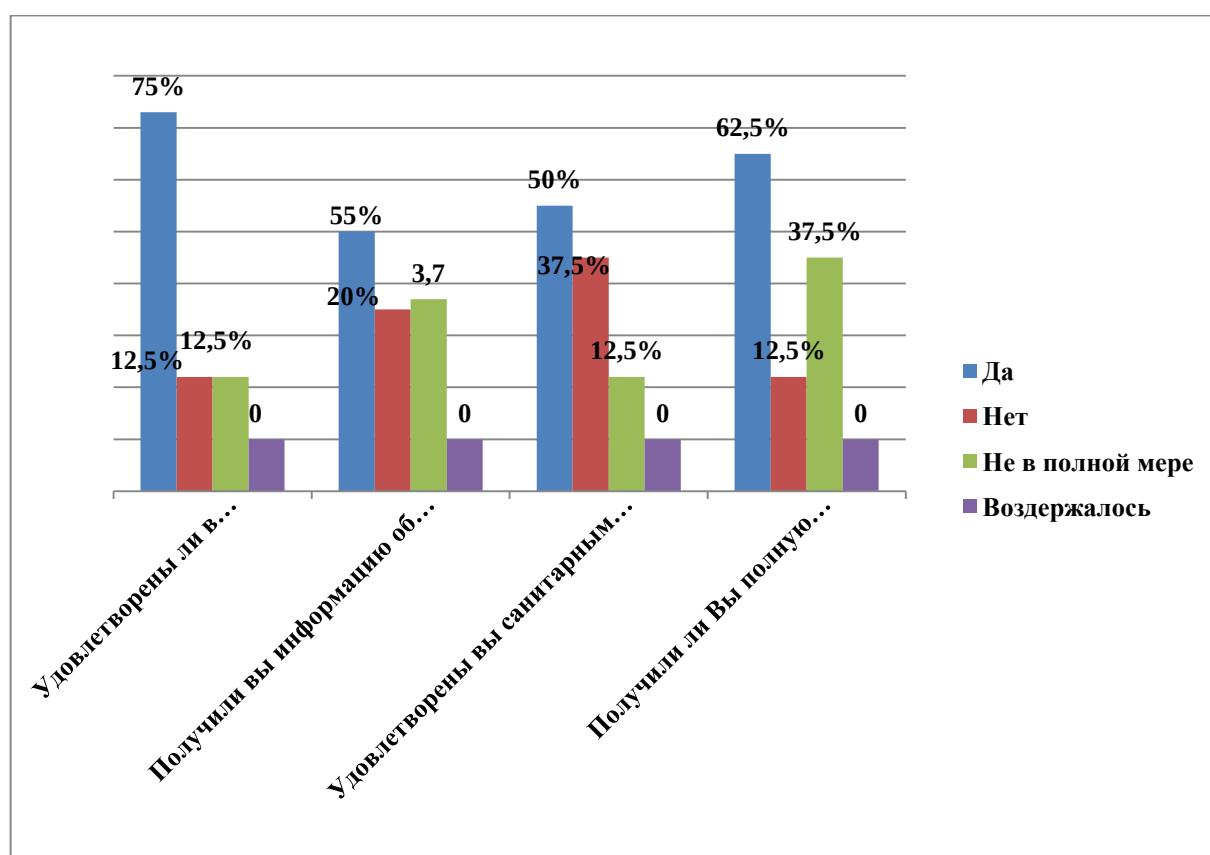


Рис. 1. Результаты исследования по удовлетворенности организации работы медицинского персонала в отделении кардиологии.

Дальнейший анализ анкетирования пациентов показал (табл. 1).

Таблица 1.

Результата анкетирования пациентов в отделении кардиологии

Вопрос из анкеты по опросу пациентов	Полученный ответ
Что понравилось в работе среднего медицинского персонала?	Доброжелательность – 37,5% – 15 чел. Компетентность – 50% – 20 чел. Организованность – 12,5% – 5 чел. Воздержалось – 0
Получили Вы рекомендации после выписки по реабилитации?	Да – 22,5% – 9 чел. Нет – 70% – 28 чел. Не в полной мере 7,5% 3 чел.
Проводили ли медицинские сестры беседы по профилактики и факторам риска вызывающее Ваше заболевания?	Да – 0 Нет – 70% – 30 чел. Не в полной мере – 20% – 8 чел. Воздержалось – 30% – 2 чел.
Проводили ли медицинские сестры беседы о риске возникновения осложнений?	Да – 0 Нет – 75% – 30 чел. Не в полной мере – 20% – 8 чел. Воздержалось – 5% – 2 чел.
Получили ли Вы рекомендации и памятки после выписки из стационара?	Да – 0 Нет – 70% – 30 чел. Не в полной мере – 30% – 12 чел. Воздержалось – 0
Хотели бы Вы получить бесплатную брошюру по реабилитации и профилактики?	Да – 87,5% – 35 чел. Нет – 0 Не в полной мере – 0 Воздержалось – 12,5% – 5 чел.

Анализ анкетирования показывает, что большинство респондентов удовлетворены медицинским персоналом, однако при личной беседе многие пациенты попросили обратить внимание на общение, они обратили внимание на грубость в ответах на задаваемые вопросы в отношении подготовки и ухода к проведению коронарографии. Также отрицательные ответы были получены от респондентов на вопрос по профилактическим беседам. Однако респонденты хотели получить более полную информацию о реабилитации и профилактике из памятки (брошюры).

Заключение. От правильной подготовки и информированности пациентов о данной неинвазивном методе лечения, реабилитации и

профилактики зависит дальнейшее состояние человека, его здоровье. Квалифицированные, грамотные медицинские сестры – это залог эффективного лечения и реабилитации пациентов. От их слаженной работы зависит успех в лечении и профилактики осложнений при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Данное исследование рекомендует администрации (ГКБ) клиническим базам проводить непрерывное обучение сестер по общению и профилактики профессионального выгорания для повышения качества предоставления медицинской помощи. Также разработать брошюру (памятку) для пациентов по коронарографии с последующим проведением стентирования и реабилитации. Методическое пособие находится в разработке на кафедре «Управление сестринской деятельностью».

Литература

1. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012).
2. Алекян Б.Г., А.М. Григорян, А.В. Стаферов. Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов в Российской Федерации. 2016 г. 1 том: с. 91-130, 2 том: 260-341, 4 том: 98-115.
3. Mozaffarian D., Benjamin E.J., Go A.S. et al. Heart disease and stroke statistics – 2016 update: a report from the American Heart Association. // Circulation. – 2016. – Vol. 133 (4). – P. 38-360.
4. Терновой С.К., Морозов С.П., Насникова И.Ю., Сильченко Н.С., Сеницын В.Е., Ликов В.Ф., Сальников Д.В. МСКТ-коронарография: современные возможности и перспективы. // Радиология –диагностика и интервенция. 2008. Т. 2 № 3. С. 13–21.

УДК: 614.2

**ПРОЕКТ «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА» КАК СРЕДСТВО
ПОВЫШЕНИЯ ПРЕСТИЖА ПРОФЕССИИ МЕДИЦИНСКОЙ
СЕСТРЫ И ФАКТОРА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

**Трофимова Галина Александровна, Пчелина Надежда Владимировна,
Безроднова Елена Сергеевна,**

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж», г. Арзамас, Россия

Аннотация. В статье рассмотрены проблемы статуса и престижа профессии медицинской сестры. Приведены результаты исследования степени удовлетворенности медицинских сестер поликлинического уровня своей профессией, данные хронометража участковой и процедурной медицинских сестер, медрегистратора поликлиник г. Арзамаса. Выявлена и обоснована возможность изменения профессионального положения медицинских сестер в современных медицинских организациях при реализации инновационного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». По мнению авторов, главное достоинство новой модели – возможность повышения социального статуса профессии медицинской сестры и построение вектора ее профессионального роста.

**PROJECT «SHEARING POLYCLINIC» AS A MEANS OF INCREASING
THE PRESTIGE OF THE PROFESSION OF THE MEDICAL SISTER
AND THE FACTOR OF PROFESSIONAL DEVELOPMENT**

**Trofimova Galina Aleksandrovna, Pchelina Nadezhda Vladimirovna,
Bezrodnova Elena Sergeevna,**

GBPOU NO «Arzamas Medical College», Arzamas, Russia

Annotation. The article deals with the problems of status and prestige of the nursing profession. The results of the study of the degree of satisfaction of nurses

at the polyclinic level with their profession, the timing data of the district and procedural nurses, the medical registrar of the polyclinics of Arzamas are given. The possibility of changing the professional position of nurses in modern medical organizations during the implementation of the innovative project «Creating a new model of a medical organization providing primary health care» has been identified and substantiated. According to the authors, the main advantage of the new model is the possibility of raising the social status of the nurse profession and building a vector of its professional growth.

В последние годы в России наблюдается снижение престижа профессии медицинской сестры – как в обществе, так и в профессиональной медицинской среде. Доминирующий стереотип о ней как профессии «помогающей» и «вспомогательной» делает ее малопривлекательной для молодежи, неперспективной для работающих специалистов и приводит к массовому оттоку сестринских кадров из практического здравоохранения [2, 4].

На сегодняшний день одной из приоритетных задач для здравоохранения России является повышение качества медицинской помощи, особенно на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Поскольку ПМСП является центральным звеном отечественного здравоохранения, а медицинские сестры играют значительную роль в ее обеспечении и развитии, то именно от эффективности деятельности среднего медперсонала у пациента формируется представление о качестве медицинского обслуживания [1].

В достижении поставленных задач, на наш взгляд, немаловажную роль играет рациональное распределение рабочего времени, а также удовлетворенность медицинской сестры своей профессией и степенью реализованности в ней [3].

Цель исследования: изучить и оценить состояние социально-профессионального статуса и престижа профессии медицинской сестры, дать

анализ структуры затрат рабочего времени медицинской сестры поликлинического профиля.

В качестве базы исследования выступали поликлиники г. Арзамаса. Для изучения социально-профессионального статуса и престижа профессии медицинской сестры была разработана карта социологического опроса, включавшая в себя вопросы, условно разделенные на несколько блоков: социально-демографический, экономический и профессиональный. С целью определения рациональности распределения и использования рабочего времени, выявления «потерь» в работе специалистов, оказывающих ПМСП проведено хронометражное исследование рабочего времени процедурной и участковой медицинских сестер, медрегистраторов. В исследовании приняли участие 214 медицинских сестер поликлинического профиля. Все респонденты были женского пола, средний возраст составил – 46 лет, стаж работы – до 5 лет – 11%, от 6 до 10 лет – 23%, от 11 до 20 лет – 66%.

Проведенный социологический опрос показал, что на прямой вопрос об удовлетворенности своей профессиональной деятельностью отрицательно ответили 37% медицинских сестер, полностью удовлетворены своей работой 54,6% и скорее удовлетворены, чем нет, – 8,4% респондентов.

Престижной свою профессию считали – 48,3% опрошенных, 42,7% придерживались противоположной точки зрения, 9% респонденток не смогли ответить на вопрос. Анализ мнения респондентов об уважении к профессии медицинской сестры показал, что 71,6% опрошенных считали профессию уважаемой, 19,8% ответили на вопрос отрицательно, у 8,6% специалистов вопрос вызвал затруднения.

Реализовавшимися в профессии себя считали 51,2% респонденток, желание профессионально развиваться, возникает у 68,4%, однако выявлено, что более половины анкетированных (в основном это специалисты в возрасте 45 лет и старше) отмечают отсутствие собственной активности и интереса. Причинами отсутствия перспективы карьерного роста четверть респонденток называют недостаток необходимого опыта, образования, соответствующей

вакантной должности. Около 72% медицинских сестер свидетельствуют о правильности сделанного выбора в пользу своей профессии, в то же время 28% респондентов желают получить другое образование и уйти из отрасли здравоохранения.

На вопрос о том, что больше всего не устраивает медицинских сестер в их профессии 87% отметили недооценку среднего медицинского персонала. Все 100% респондентов указали, что в их профессиональной деятельности присутствуют отрицательные моменты: низкая заработная плата (97%), отсутствие перспектив карьерного роста (64%), психоэмоциональные перегрузки (67%), неравномерная нагрузка в течение рабочего дня (73%), слабое материально-техническое обеспечение рабочих мест (77%).

По результатам проведенного хронометража получена любопытная структура затрат рабочего времени. Участковая медицинская сестра тратит на работу с документацией 77% рабочего времени, 15,4% она затрачивается на работу с пациентом и 7,6% отводится на личное время. Процедурная медицинская сестра на работу по оформлению медицинской документации затрачивает около 54% рабочего времени, на работу с пациентом выделено 29,4%, 9,5% затрачивается на подготовку кабинета к работе и 7,1% времени отводится на личное время. Хронометраж работы медицинского регистратора показал, что непосредственно на работу с пациентом уходит 21,9% рабочего времени, 35,8% – на поиск амбулаторных карт и размещение их в текущем архиве, еще треть рабочего времени – 34,3% отводится на оформление медицинской документации и 8% – выделяется на личные нужды.

Таким образом, полученные результаты хронометража показали, что наибольшую часть рабочего времени составляют различные виды потерь, связанные с излишней обработкой информации, заполнением дублирующей документации и т.д. Непосредственно на работу с пациентом у всех исследуемых специалистов выделяется ограниченное количество времени (15,4%-29,4%), что негативным образом сказывается на результатах

сестринского труда и как следствие доступности и надлежащего качества оказанной медицинской услуги.

Возможность изменить профессиональный статус медсестер и ее роль в обществе дает внедрение инновационного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Данная модель предполагает применение инструментов «бережливого производства», что подразумевает не только оптимизацию процессов оказания медицинских услуг и повышение удовлетворенности пациентов, но и вносит различные инновации в деятельность сестринского персонала. На медсестёр будут полностью возложены процессы раннего выявления пациентов с минимальными клиническими проявлениями хронических заболеваний и факторами риска их развития, доврачебное обследование больного, реализация профилактических программ, обучение пациентов и их родственников, динамическое наблюдение за пациентами, не нуждающимися во врачебном наблюдении, анализ эффективности реализуемых процессов. Все это потребует от среднего медицинского персонала глубоких профессиональных знаний, творческого отношения к делу, а для этого необходимо постоянное повышение деловой квалификации медицинских работников и как следствие расширение карьерного вектора.

Литература

1. Коренчук З.А. Организационные подходы по совершенствованию деятельности медицинских сестер ЛПУ на уровне региона [Текст]: автореф. ... канд. мед. наук / З.А. Коренчук. – Пермь, 2006. – 22 с.
2. Мунтян И.А. Научное обоснование организационной модели деятельности сестринского персонала участковой педиатрической службы городской поликлиники [Текст]: автореф. ... канд. мед. наук / И.А. Мунтян. – Самара, 2018. – 24 с.
3. Рева И.Е. Комплексное медико-социальное исследование профессиональной деятельности среднего медицинского персонала

стоматологического профиля [Текст]: автореф. ... канд. мед. наук / И.Е. Рева. – Волгоград, 2011. – 20 с.

4. Тахтарова Ю.Н. Совершенствование организации деятельности среднего медицинского персонала (структурно-функциональный аспект) [Текст]: автореф. ... канд. мед. наук / Ю.Н. Тахтарова – Москва, 2007. – 24 с.

УДК: 614. 253. 52

**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВНЕДРЕНИЮ ПРОФСТАНДАРТА
«МАЛАДШИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ» НА ПРИМЕРЕ
АО «ГРУППЫ КОМПАНИЙ «МЕДСИ»**

Шарочева Марина Анатольевна,

Медицинская академия Акционерное общество «Группы компаний «Медси»
г. Москва (МА «Медси» АО «ГК «Медси»)

Аннотация. Доклад и статья посвящены проблемам и опыту внедрения профстандарта «Младший медицинский персонал» на примере АО «ГК «Медси». Изучение опыта внедрения профстандарта в аналогических медицинских организациях. Разработка плана внедрения. Разработка программы и методического материала. Контроль и анализ внедрения.

Ключевые слова: профстандарт, проблемы, организация, младший медицинский персонал, опыт, анализ, перспективы.

Annotation. The article is devoted to the problems and experience of introducing the professional standard «Junior Medical Personnel» on the example of JSC «Meds». Studying the experience of implementing professional standards in analogous medical organizations. Develop an implementation plan. Development of the program and methodical material. Monitoring and analysis of implementation.

Key words: professional standards, problems, organization, nurses, experience, analysis, prospects.

Профессиональный стандарт – характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности. Необходимость разработки и введения профессиональных стандартов определена Указом Президента РФ № 597 от 7 мая 2012 г. «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

Профессиональный стандарт является новой формой определения квалификации работника по сравнению с единым тарифико-квалификационным справочником работ и профессий рабочих и единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих. Это многофункциональный нормативный документ, устанавливающий в рамках конкретного вида(области) профессиональной деятельности требования: к содержанию и качеству труда; к условиям осуществления трудовой деятельности; к уровню квалификации работника; к практическому опыту, профессиональному образованию и обучению, необходимому для соответствия данной квалификации. Профессиональные стандарты формируются на основании следующих документов: конституция РФ, федеральные конституционные законы, федеральные законы, указы президента РФ, постановления правительства РФ, приказы, инструкции, инструктивные письма, постановления ведомств и министерств РФ. Профессиональный стандарт «Младший медицинский персонал» был утвержден Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации 12 января 2016 г. Приказ № 2н Об утверждении профессионального стандарта «Младший медицинский персонал».

Материалы и методы. В исследовании были применены методы библиографический, анкетирование, анализ. Были использованы: профстандарт «Младший медицинский персонал», учебник под редакцией С.И. Двойникова, программы учебных заведений. Данное исследование позволит разработать учебное пособие для преподавателей и младшего

медицинского персонала для создания благоприятных и комфортных условий пребывания пациента в медицинской организации.

Результаты и их обсуждение. Рассмотрим кто может осуществлять деятельность по профессиональному стандарту. «Осуществлять профессиональную деятельность в должности младшей медицинской сестры по уходу за больными, в должности санитар (санитарки) могут медицинские работники, прошедшие профессиональное обучение в соответствии с требованиями упомянутого выше профессионального стандарта. При этом профессиональный стандарт не устанавливает определенную продолжительность обучения. Продолжительность и содержание профессионального обучения по каждой профессии рабочего, должности служащего определяются конкретной программой профессионального обучения, разрабатываемой и утверждаемой организацией, осуществляющей образовательную деятельность, на основе профессиональных стандартов (при наличии) или установленных квалификационных требований (приказ Минобрнауки России от 18.04.2013 № 292, ст. 73 Федерального закона № 273-ФЗ)». Основная цель профессионального стандарта для младшего медицинского персонала: создание благоприятных и комфортных условий пребывания пациента в медицинской организации. К категории младший медицинский персонал относят младших медицинских сестёр, сестёр-хозяек и санитарок. Сестра-хозяйка занимается хозяйственными вопросами, получает и выдаёт бельё, моющие средства и уборочный инвентарь и непосредственно контролирует работу санитарок. Санитарки: круг их обязанностей определяется их категорией (санитарка отделения, санитарка-буфетчица, санитарка-уборщица, санитарка-мойщица и т.д.). Функциональные обязанности младшего медицинского персонала: регулярная влажная уборка помещений: палат, коридоров, мест общего пользования и др., оказание помощи медицинской сестре в осуществлении ухода за больными: смена белья, кормление тяжелобольных, гигиеническое обеспечение физиологических отпавлений тяжелобольных – подача, уборка и мытьё суден и мочеприёмников и пр.,

санитарно-гигиеническая обработка больных и умерших, сопровождение больных на диагностические и лечебные процедуры, транспортировка больных и груза. На данный момент во всех медицинских организациях проходит оценка квалификации (аттестация) младшего медицинского персонала на предмет соответствия выполняемых трудовых функций требованиям профессионального стандарта. В профстандарте определены квалификационные требования, каким должны соответствовать младший медперсонал: младшая медицинская сестра (брат) по уходу за больными, санитар. Чем руководствоваться, если работник не прошел аттестацию? Расторжение трудового договора: Если во время оценки квалификации младшего мед. персонала выяснится, что выполняемые им трудовые функции не соответствуют требованиям к квалификации профстандарта, то с этим работником может быть расторгнут трудовой договор на основании пункта 3, части первой, статьи 81 Трудового кодекса. Важно иметь ввиду, что расторжение договора происходит на основании: несоответствия работника занимаемой должности, несоответствия сотрудника выполняемой работе в силу недостаточной квалификации. Перевод на должность уборщика служебных помещений: Если работник только убирает помещения, то его можно перевести на должность уборщика. Для этого работодатель вносит изменения в штатное расписание. Тоже самое делается, если в организации идет сокращение численности и штата работников: младшему персоналу, согласно части третьей статьи 81 Трудового кодекса, предлагается должность уборщика. Какие категории у младшего медицинского персонала? Согласно Приказу Министерства труда и социального развития от 12 января 2016 г. № 2н «Об утверждении профессионального стандарта «Младший медицинский персонал», данные специалисты могут иметь одну из 2 квалификационных категорий: 2-ю и 4-ю. Правление АО ГК «Медси» поставило для кафедры задачу провести обучение и аттестацию младшего медицинского персонала. Внедрения программы были разделены на действие и решение. В ходе действия были изучены примерные программы и учебный материал по профессиональному стандарту «Младший медицинский персонал». Проанализирован опыт учебных

заведений и методический материал. Затем было принято решение разработать модуль 1 «Организация работы младшего медицинского персонала» программы «Профессиональный стандарт «Младшего медицинского персонала». Принятие решения обосновано следующими факторами: неэффективность обучения отдельно сестер-хозяек, санитарок с разными функциональными обязанностями, младших медицинских сестер по уходу; модуль 1 «Организация работы младшего медицинского персонала» позволяет обучить весь младший медицинский персонал медицинской организации; эффективное внедрение модульного обучения; формирование ценностно-ориентированного подхода к корпоративной культуре; формирование единого подхода к аттестации рабочих мест и сотрудников. Внедрение программы профессионального стандарта состоит из пяти этапов.

Первый этап:

Изучение и анализ нормативно-правовых документов, методического материала.

Разработка модуля 1 «организация работы младшего медицинского персонала»; программы «профессиональный стандарт «младшего медицинского персонала».

Второй этап:

Апробация модуля 1 программы.

Третий этап:

Разработка остальных модулей программы и апробация, обучение всех категорий младшего медицинского персонала.

Четвертый этап:

Анализ и оценка программы обучения младшего медицинского персонала.

Пятый этап:

Издание учебного пособия для образовательных учреждений Какие вопросы решаются при внедрении профстандарта? Аттестация всего младшего медицинского персонала в целом, аттестация младшего

медицинского персонала по функциональным обязанностям, разработка схемы профессионального роста младшего медицинского персонала, актуализация профессионального ухода, издание учебного пособия для преподавателей и слушателей. Для контроля и оценки полученных знаний и умений слушатели отрабатывают навыки на практике, оформляют отчеты в дневник практических занятий, проходят тестирование и сдают экзамен. В настоящее время обучен 121 сотрудник, 5 сотрудников из отдаленных активов. Обучение их было организовано в онлайн режиме. Самая высокая оценка – отзыв потребителей образовательной услуги. «Имея 10 летний стаж работы санитаркой медико-диагностической лаборатории ГК Медси города Барнаула не относила свою должность к разряду медицинских. Пройдя обучения, освоив профессиональный стандарт и выполнив все условия для успешного прохождения аттестации, появилось понимание своей причастности к категории медицинских работников необходим научный подход к внедрению профстандарта «Младший медицинский персонал».

Выводы. Необходимо создание модульной программы по обучению; необходимо пропагандировать профессиональный уход; необходимо издать учебное пособие в соответствии с модульной программой; ценностно-ориентированный подход формирует корпоративную культуру в медицинских организациях

В заключении хотелось бы отметить, что научно-обоснованная подготовка младшего медицинского персонала решает кадровые вопросы. Квалифицированный, грамотный младший медицинский персонал, также необходим, как сестринский и врачебный. От слаженной работы команды сотрудников зависит престиж медицинской организации. Издание учебного пособия в соответствии с профстандартом – это новый подход к обучению специалистов.

Литература

1. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 12 января 2016 г. № 2н Профессиональный стандарт «Младший медицинский персонал».

2. Министерство здравоохранения Российской Федерации письмо от 21 ноября 2018 г. № 16-5/2125907 Заместитель Директора Департамента И.А. Купеева.

3. Двойников С., Бабаян С., Тарасова Ю. и др. Младшая медицинская сестра по уходу за больными. Под редакцией Двойникова, Бабаяна. Учебник ГЭОТАР-Медиа, 2019. 512 с.

УДК: 614. 253. 52

**ВНЕДРЕНИЕ АЛГОРИТМА СЕСТРИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ –
ОСНОВА СТАНДАРТИЗАЦИИ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР**

Шарочева Марина Анатольевна,

Медицинская академия Акционерное общество «Группы компаний «Медси»
г. Москва (МА «Медси» АО «ГК «Медси»)

Аннотация. Статья посвящена проблемам и опыту внедрения сестринского процесса, Сопов и чек-листов. Изучение опыта внедрения сестринских алгоритмов в образовательных учреждениях и медицинских организациях. Издание учебного пособия.

Ключевые слова: стандарт, алгоритм, проблемы, СОП (стандартная операционная процедура) Чек-лист, аккредитация, сестринская технология.

Annotation. The article is devoted to the problems and experience of the implementation of the nursing process, Sopov and checklists. Studying the experience of implementing nursing algorithms in educational institutions and medical organizations. Edition of the training manual.

Key words: standard, algorithm, problems, SOP (standard operating procedure) Check list, accreditation, sister technology.

В течении пяти лет были проведены исследования. Мотивацией для проведения исследования стало изучение метода «Сестринского процесса», попытка внедрения метода и анализ учебной литературы, приказов, программ по сестринскому делу.

Прошло более двадцати пяти лет, как впервые в РФ начиная с медицинских университетов, а затем в колледжах начали изучать метод «Сестринский процесс». В силу исторических моментов разработкой методического материала занимались врачи-преподаватели. Преподавателей-сестер на тот момент не было. Это не ошибка. Так было принято в Российском здравоохранении. Обучением медицинских сестер занимались врачи.

В декабре 2008 года в своем докладе главный внештатный специалист по «Управлению сестринской деятельностью» д. м. н., профессор С.И. Двойников подчеркнул, что к среднему медицинскому персоналу относятся специалисты, окончившие медицинские колледжи (училища). Так была исправлена первая методологическая ошибка. Методу «Сестринский процесс» начали учить всех средних медицинских работников.

Следующая ошибка – это «Сестринский диагноз». Опять же диагноз ставит врач. Медицинская сестра может обозначить симптомы или проблемы пациента.

Затем «Сестринская история болезни». Есть утвержденная форма документа форма № 003/у.

Утверждена Минздравом СССР 04.10.80 г. № 1030. Медицинская карта стационарного больного, в ней находится история болезни, которую заполняет врач.

Для медицинских сестер еще в 2002 году благодаря Приказу Минздрава РФ от 17 апреля 2002 г. № 123 «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Пролежни» (ОСТ 91500.11.0001-2002) была предложена «Карта сестринского наблюдения за больными с

пролежнями», которую можно адаптировать для любого сестринского стандарта.

Следующая ошибка – независимость и самостоятельность медицинской сестры. Мы все работаем в системе. Есть приказы, распоряжения, назначения врача, которые медицинская сестра выполняет строго, без обсуждения. Авторы имели в виду другой подход. Самостоятельное выполнение назначений, инструкций. Тем самым, показывая профессионализм медицинской сестры.

И наконец, приведя в порядок все методическое обеспечение по ПМ04, в начале 2016 года мы получаем «Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода», разработанный Межрегиональной общественной организацией «Общество фармакоэкономических исследований», Общероссийской общественной организацией «Ассоциация медицинских сестер России».

Перед нами встал вопрос, как соединить имеющийся метод «сестринский процесс» и «сестринские технологии»?

Два года совместно со студентами мы пытались соединить сестринский процесс и сестринские технологии. Получилось.

Но мы опять получаем резонанс. При аккредитации выпускникам выдают «Чек-лист», медицинские сестры разрабатывают СОПы.

Разберемся в понятиях.

Сестринский процесс – это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике средним медицинским работником своих обязанностей по оказанию помощи пациентам.

Чек-лист – набор каких-то действий, которые нужно выполнить. Или предметов, которые нужно взять. Плюс пометки, схемы, подсказки. Смысл чек-листа – не допустить ошибку. Избежать форс-мажора и нервотрёпки. Достать всю рутину из головы и переложить её на бумагу.

Стандартная операционная процедура (СОП) – определенная последовательность действий, приводящих к запланированному результату. Для описания СОП, его графического выражения, служит Стандартная операционная карта – СОК.

Сестринская технология – совокупность методов и инструментов для достижения желаемого результата; в широком смысле – применение научного знания для решения практических задач

И наконец, что мы хотим получить в итоге от студентов, слушателей, практикующих медицинских сестер? Сестринский стандарт?

Он означает образец, норму, эталон, модель единую и обязательную, принимаемую, за исходное для сопоставления с ней других подобных объектов, действий.

Сестринскому и медицинскому сообществу необходимо приходить к общим понятиям. Мы предлагаем вам учебное пособие.

Оно предназначено для отработки практических навыков у среднего и младшего медицинского персонала. На сегодняшний день изданы стандарты сестринских технологий и профессиональные стандарты «Младший медицинский персонал», но нет учебного пособия для проведения практических занятий в соответствии с нормативными документами. Новизна данного пособия заключается в том, что с его помощью студенты и слушатели более адаптировано будут изучать технологии сестринского дела.

Учебное пособие «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода» рекомендовано для студентов медицинских колледжей, обучающихся по специальности 34.02.01 «Сестринское дело» преподавателей медицинских колледжей, факультетов повышения квалификации, а также слушателей ФПК. Содержание книги соответствует программе профессионального обучения ПМ.04 «Младшая медицинская сестра по уходу за больными», МДК.04.03 «Технологии оказания медицинских услуг», МДК.04.02 «Безопасная среда пациента и персонала».

Большую благодарность за поддержку в разработке и написании учебного пособия хотелось выразить главному специалисту по управлению сестринской деятельностью Минздрава России, д-ру мед. наук, профессору С.И. Двойникову, д-ру мед. наук, профессору А.К. Хетагуровой, а также преподавателям и студентам ФГБПОУ «Медицинский колледж».

Литература

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Федеральный закон Российской Федерации от 28 декабря 2013 года № 442 – ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

3. Федеральный закон Российской Федерации № 2300-1ФЗ «О защите прав потребителей» РФ от 07.02.1992 г.

4. Программа развития сестринского дела в России на 2010–2020 г.

5. Приказ от 12 января 2016 г. № 2н Министерства труда и социальной защиты в РФ «Об утверждении профессионального стандарта «младший медицинский персонал».

6. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ 52623.3-2015 г. Технологии выполнения простых медицинских услуг. МАНИПУЛЯЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА. Издание официальное. Москва. Стандартинформ. 2015.

7. Двойников С., Бабаян С., Тарасова Ю. и др. Младшая медицинская сестра по уходу за больными. Под редакцией Двойникова, Бабаяна. Учебник ГЭОТАР-Медиа, 2019. 512 с.

8. Основы сестринского дела: учеб. для студ. сред. проф. учеб. заведений / И.Х. Аббясов, С.И. Двойников, Л. А. Карасева и др.]; под ред. С.И. Двойникова. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 336 с.

9. Перфильева Г.М., Камынина Н.Н., Островская И.В., Пьяных А.В. Теория сестринского дела; ГЭОТАР-Медиа – Москва, 2010. – 256 с.

10. Островская И.В., Широкова Н.В. Основы сестринского дела; ГЭОТАР-Медиа – Москва, 2013. – 283 с.
11. Касимовская Н.А. Основы сестринской деятельности Учебник Издательство: МИА – 2019.
12. Широкова Н. В. Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций Изд. Гэотар-Медиа 2016 г. 160 с.
13. Касимовская Н.А. Атлас сестринских манипуляций Издательство: Медицинское информационное агентство России 2017 г. 192 с.
14. Мухина С.А., Тарновская И.И.: Теоретические основы сестринского дела. Учебник ГЭОТАР-Медиа, 2019. 368 с.

УДК: 614.253

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ: РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Пырьева¹ Елена Вадимовна, Носкова² Вера Анатольевна,

¹ГБУЗ Нижегородской области «Клинический диагностический центр»,
Россия,

²ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Аннотация. С целью изучения мнения о роли специалиста среднего звена в диагностическом процессе проведено анкетирование медсестер и врачей ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр». Установлено, что доля врачей, считающих медсестру полноправным членом команды больше по сравнению с сестрами – 97% и 71% соответственно. Выявлена заинтересованность к созданию элементов системы управления качеством медицинской помощи в диагностическом процессе, а также непрерывному последипломному образованию у сестринского персонала.

DIAGNOSTIC PROCEDURES: THE ROLE OF NURSE STAFF

Pyreva¹ Elena Vadimovna, Noskova² Vera Anatolyevna,

¹State Budgetary Institution of Health Care of the Nizhny Novgorod Region
«Clinical Diagnostic Center», Russia,

²FSBEI HE «Privolzhsky Research Medical University» of the Ministry of Health
of the Russian Federation

Annotation. In order to study opinion of the role of a middle-level specialist in the diagnostic process, a survey of nurses and doctors was conducted at the Clinical Diagnostic Center. It has been established that the proportion of doctors who consider the nurse to be a full member of their team is more compared to nurses themselves – 97% and 71%, respectively. An interest was revealed in the creation of elements of the quality management system of medical care in the diagnostic process, as well as in continuous postgraduate education for nursing staff.

Введение. Задачи современного здравоохранения предъявляют определенные требования к специалистам сестринского дела. В Федеральной программе развития здравоохранения на 2016–2020 гг. определено развитие профилактической работы с использованием персонала со средним и высшим сестринским образованием в системе первичной медико-санитарной помощи, усиление сестринскими кадрами с высшим образованием патронажной и реабилитационной деятельности, совершенствование и расширение стационар-замещающих технологий и т. д.

Кроме того, одним из основных ожидаемых результатов внедрения приоритетного государственного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» является обеспечение равномерного сбалансированного распределения функциональных обязанностей между врачами и средним медперсоналом.

Эффективное использование кадров среднего звена, которое приводит к повышению качества и доступности медицинской помощи, находит подтверждение на практике в нашей стране.

На сегодняшний день существует положительный опыт привлечения сестринского персонала как полноправного члена команды к терапевтическому обучению пациентов, организации сестринских постов, внедрению технологий бережливого производства [1, 2, 3].

Исследовательские навыки специалистов с высшим сестринским образованием позволяют провести анализ социального и медицинского эффекта от внедрения мероприятий по обучению, а также совершенствованию тех или иных аспектов деятельности.

Происходит смена модели «медсестра-помощник врача», где врач – это диагност и специалист, назначающий лечение, а медсестра – исполнитель распоряжений, на модель «медсестра - полноправный партнер».

Это актуально в работе «Клинического диагностического центра», так как современные технологии лечения и диагностики экспертного уровня

формируют высокие требования к наличию знаний и навыков у среднего медперсонала, умению эргономично организовать рабочее место, создать благоприятный психологический климат между врачом и медсестрой, медсестрой и пациентом.

Материалы и методы. С целью изучения мнения медицинских сестер и врачей о роли специалиста среднего звена, было проведено анкетирование персонала ГБУЗ Нижегородской области «Клинический диагностический центр». Анкета разработана главной медицинской сестрой Центра Е.В. Пыревой (студентка 4 курса факультета ВСО ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России).

В исследовании участвовало 94 медицинских сестер и 79 врачей. В возрастной структуре среднего медперсонала 49% составляют лица до 45 лет, 46–55 лет – 32%. Около 70% имеют квалификационную категорию.

Результаты и их обсуждение. В ходе анкетирования установлено, что 50% медицинских сестер считают себя «правой рукой врача». При детальном анализе оказалось, что это лаборанты, медсестры консультативного отдела, отделов эндоскопии, функциональной диагностики.

Позиционируют себя как самостоятельные специалисты 21% опрошенных – это рентгенлаборанты отдела КТ, МРТ и рентгена, анестезисты группы АиР, операционные сестры, что связано с характером выполняемой работы.

Медсестры отдела УЗИ, процедурные сестры, медсестры манипуляционных кабинетов, стационара краткосрочного пребывания выбрали роль исполнителя врачебных назначений – 25% исследуемых.

Отнесли себя к группе вспомогательного персонала 4% респондентов из числа сестер с небольшим стажем работы, что объясняется неуверенностью в своей компетентности.

По мнению врачей, наиболее важным моментом в работе сестринского персонала является помощь на приеме, обследовании – 76,8 из 100,0 опрошенных выбрали данный ответ. Создание благоприятного

психологического настроя у пациента отмечают 72,4, а 66,7 из 100,0 респондентов выделяют тактичность и хороший уровень знаний по специальности. Внимательность и четкое соблюдение санэпидрежима указали 65,2 из 100,0 докторов.

Необходимо отметить, что около 69,6 из 100,0 респондентов не выявили недостатков в работе среднего персонала. Однако, невнимательность выделили 20,3 из 100,0 опрошенных, неаккуратность – 14,5, безынициативность – 13,0.

В ходе опроса респонденты отмечают необходимость изменений в работе медсестер. Повышение заработной платы обозначили 89,0 из 100,0 сестринского персонала и 4,0 врачебного. Удаление из работы медицинских сестер функций администраторов и регистраторов, а также выполнение работы младшего медперсонала около 19,0 из 100,0 анкетизируемых в обеих группах. Отмечен интерес к участию в конференциях в качестве слушателя и докладчика у 21,0 из 100,0 медицинских сестер.

Необходимость непрерывного обучения в ходе профессиональной деятельности медицинских сестер отметили и врачи и сестринский персонал.

Потребность в дополнительном обучении по основному профилю работы медсестры указали 27,5 респондентов среднего медперсонала и 59,4 из 100,0 врачей, по санэпид режиму 13,1 и 17,3, по работе с компьютером 22,0 и 2,9 соответственно.

Установлено, что врачи в большей степени видят необходимость подготовки медсестер по психологии (44,9 из 100,0) чем сами сестры (20,0).

В настоящее время с целью повышения качества медицинской помощи, в том числе сестринской, в медицинских организациях активно ведется разработка и внедрение стандартных операционных процедур (СОП), регламентирующих выполнение работы на местах в рамках процесса.

В Клиническом диагностическом центре среди сестринского персонала этот вопрос вызывает интерес, о чем свидетельствует заявленная

необходимость в получении информации по правилам разработки и оформления СОП у 49,5 из 100,0 анкетизируемых медсестер.

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что 71% медсестер считают себя полноправным членом команды, осуществляющей диагностический процесс. Отмечен интерес к созданию элементов системы управления качеством медицинской помощи и непрерывному последипломному образованию у сестринского персонала. На роль медицинской сестры, как самостоятельной единицы, указывают 97% врачей.

Литература

1. Алтынбекова У.А., Рамазанова М.А., Кашафутдинова Г.Т., Абдимуратова Б.К. Совершенствование компетентностного подхода в подготовке бакалавров сестринского дела // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2016. – С. 230-233.
2. Лапик С.В. Роль и место сестринского персонала в системе оказания медицинской помощи. Здоровье и образование в XXI веке. 2017. – С. 107-109.
3. Модестов А.А., Спивак И.М., Дягилев И.В., Сандаков Я.П., Бирюкова Е.Г., Орешина М.Л. Оптимизация работы сестринского персонала поликлиник г. Москвы в новых условиях // Российский педиатрический журнал. – 2016. – 39-42.

УДК: 614.21

**ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ЕДИНОГО ЦЕНТРА ЗАПИСИ НА МРТ И РКТ
ИССЛЕДОВАНИЯ НА БАЗЕ ГБУЗ СО «ТОЛЬЯТТИНСКАЯ
ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 5»**

Гиззатуллина Оксана Валериевна,

ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница № 5», Россия

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы обеспечения доступной и качественной диагностической медицинской помощью, путем создания единого центра записи на МРТ и РКТ исследования. В настоящей статье приводится опыт организации такого центра, проблемы и их решение, а также вопросы взаимодействия с другими учреждениями, в целях повышения удовлетворенности населения города.

Введение. Доступность медицинской помощи для граждан Российской Федерации в настоящее время является одной из приоритетных задач здравоохранения [1], важнейшим условием оказания медицинской помощи населению страны и декларируется Федеральным законом 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». Оценка доступности медицинской помощи для пациента на любом этапе ее оказания является критерием удовлетворенности населения и наиболее информативным методом изучения мнений пациентов относительно работы системы здравоохранения [2]. В рамках исполнения «Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» ГБУЗ СО «ТГКБ № 5» проводит диагностические исследования на сложном высокотехнологичном оборудовании – рентгеновские компьютерные томографы и магнитно-резонансные томографы в интересах пациентов города.

Материалы и методы. В работе использовались социологический, статистический и аналитический методы исследования. Сбор

статистического материала проводился методом анкетирования среди пациентов, направленных из амбулаторно-поликлинических учреждений на указанные выше исследования в рамках «Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Самарской области». В работе также проводился сравнительный анализ эффективности эксплуатации дорогостоящего оборудования.

Результаты исследования. В ГБУЗ СО «ТГКБ № 5» в настоящее время работает три 16-ти-срезовых рентгеновских компьютерных томографа и два 1,5Тс магнитно-резонансных томографа. В рамках требований Приказа министерства здравоохранения Самарской области от 02.02.2016 № 121 «О мероприятиях по повышению эффективности эксплуатации медицинского оборудования в государственных учреждениях здравоохранения Самарской области, подведомственных министерству здравоохранения» поименованное оборудование эксплуатируется, в рамках плановой медицинской помощи, в двухсменном режиме с максимальной нагрузкой. Формирование потоков пациентов на томографические исследования происходит из нескольких источников: в рамках обязательного медицинского страхования; в рамках договора с организациями (УМВД, ГУФСИН и пр.); в рамках добровольного медицинского страхования, а также платных услуг.

До внедрения единого центра записи на исследования, запись на исследование осуществлялась по предварительно выдаваемым бумажным талонам и по телефонам, установленным в томографических кабинетах. По данным анализа эффективности эксплуатации оборудования по кабинетам в среднем 10% пациентов были некорректно маршрутизированы, 6% – не уведомлялись на амбулаторном этапе о подготовке к исследованию. Из проведённого опроса пациентов более 28% жаловались на длительный период ожидания (более 3 мес.), 15% респондентов из числа самостоятельно записывавшихся сделали два и более звонка.

В 2018 году администрацией отделения лучевой диагностики было принято решение о создании единого центра (call-центр) записи на МРТ и

РКТ исследования. Это решение совпало с началом внедрения министерством здравоохранения Самарской области электронной записи на РКТ и МРТ в автоматической информационной системе АИС «Поликлиника». Оператор центра осуществляет формирование расписания пациентов в кабинеты томографии с учетом множества факторов и предварительный обзвон записанных пациентов.

Результаты внедрения единого центра записи на сегодняшний день показывают следующее: повышение количества обследованных пациентов в рамках в ОМС – на 30%; дефекты в записи через АИС «Поликлиника» снизились до 5% от предоставленной квоты; количество пациентов, сделавших 2 и более звонка уменьшилось до 3%. При этом фиксируем, что у 5,5% записанных через АИС имеются управленческие ошибки оформления (несоответствие выбора кабинета и выданного направления, неточности в написании контактного номера телефона пациента и пр.); из проведенного опроса пациентов около 8% респондентов по-прежнему отмечают длительный период ожидания исследования в поликлинике (более 1 мес.). Эти проблемы остаются в поле нашего дальнейшего улучшения работы и последующего изучения.

Обсуждение. По данным многих исследований удовлетворенность медицинской помощью, напрямую зависящая от уровня ожиданий пациентов, складывается из множества факторов, в большинстве носящих субъективный характер [3]. При анализе работы отделения лучевой диагностики, после внедрения единого центра записи на МРТ и РКТ исследования отмечается, что количество дефектов на этапе записи пациента на исследование снизилось с 16% до 5,5%, увеличилось общее количество принятых пациентов на 30%. Учитывая тот факт, что call-центр работает менее года, перспективы улучшить доступность диагностической помощи за счет устранения на управленческом уровне выявленных дефектов несомненно хорошие.

Заключение. Внедрение новых технологий, методов работы в здравоохранении, каким стало внедрение call-центра, позволит решать основные задачи, поставленные в рамках реализации Стратегии развития здравоохранения РФ. Повышение охвата и доступности высокотехнологических видов диагностики заболеваний должно способствовать повышению удовлетворённости населения в рамках имеющегося спроса на такие виды медицинской помощи.

Литература

1. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015–2030 гг. // Электр. данн. Режим доступа URL: <https://static-1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/023/688/original>
2. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью в различных условиях ее предоставления. М.А. Артемьева // Наука молодых: электр. журн. Режим доступа URL: <http://naukamolod.rzgmu.ru/> (дата обращения 04.04.2019).
3. Куницкая С.В. К проблеме удовлетворенности населения медицинской помощью // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2007. № 1. С. 33-35.
4. Жалоба как подарок. Обратная связь с клиентом – инструмент маркетинговой стратегии / Пер. с англ. – М.: ЗАО «Олимп – Бизнес», 2006. – 288 с.
5. Жалоба как подарок. Как сохранить лояльность клиентов в сложных ситуациях / Джанел Барлоу, Клаус Мёллер: [пер. с англ.]. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ЗАО «Олимп – Бизнес», 2018. – 352 с.
6. Пинк Д. Драйв: Что на самом деле нас мотивирует / Дэниел Пинк; Пер. с англ. – М.: Альпина Паблишер. 2013. С. 112.

**ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ
ДИАГНОСТИКИ В ПСИХИАТРИИ: ПРИМЕНЕНИЕ
МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ,
ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ**

**Бахтина¹ Ирина Сергеевна, Калинина¹ Светлана Алексеевна,
Кононок² Анна Андреевна,**

¹ФГБОУ ДПО «Санкт-Петербургский центр последипломного образования
работников здравоохранения ФМБА России», г. Санкт-Петербург, Россия,

²СПб ГКУЗ «Психоневрологический диспансер № 4»,
г. Санкт-Петербург, Россия

Аннотация. В настоящей публикации рассматриваются вопросы применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в реабилитационной сестринской психиатрической практике и актуальные вопросы сестринской реабилитационной диагностики в психиатрии. Представлены новые роли медицинских сестер в осуществлении реабилитационного процесса и концепция профессиональной переподготовки персонала по специальности «реабилитационное сестринское дело».

Annotation. Features of nursing rehabilitation diagnostics in psychiatry: the use of the International Classification of functioning, disability and health. This publication discusses the application of the International Classification of functioning, disability and health (ICF) in rehabilitation nursing psychiatric practice and current issues of nursing rehabilitation diagnosis in psychiatry. The new roles of nurses in the implementation of the rehabilitation process and the concept of professional retraining of personnel in the specialty «rehabilitation nursing» are presented.

Введение. Согласно современным тенденциям развития здравоохранения медицинским сестрам, фельдшерам и акушеркам придаются новые роли. Расширение функций среднего медицинского персонала является общемировой тенденцией, основными направлениями реформирования клинической практики являются профилактика и реабилитация [5]. Европейский опыт предполагает как автономную деятельность сестринского персонала, так и совместную работу с различными специалистами в составе мультидисциплинарных бригад (МДБ) [4]. Последние, как форма совместной курации пациента, входят в золотой стандарт реабилитационного процесса, что нашло отражение в проекте редакции Приказа МЗ РФ № 1705 «О Порядке медицинской реабилитации» [3].

В процессе обсуждения находится проект профессионального стандарта по специальности «Реабилитационное сестринское дело». Профессиональные компетенции медицинской сестры по реабилитации не могут быть сформированы путем простой компиляции компетенций представителей иных реабилитационных специальностей среднего звена. Реабилитационная медсестра не должна подменять собой медсестру по физиотерапии или инструктора по ЛФК, хотя способна отпускать простые физиотерапевтические процедуры, осуществлять позиционирование или контролировать выполнение упражнений в режиме дня. Ее функции заключаются в обеспечении реституционного ухода как обязательного компонента реабилитационного процесса.

Большинство сестринских исследований в области ментального здоровья посвящены реабилитации. В России накоплен опыт работы медицинских сестер как кураторов досуговых групп и бытовых тренингов. Следующим шагом может стать расширение границ реабилитационного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в РФ» [3]. Сестринский процесс организует клиническое мышление специалиста, систематизируя профессиональную деятельность в рамках сестринской

курации пациента. Термин «сестринская курация» был использован впервые применительно к сестринскому психиатрическому уходу [6]. Клинический сестринский диагностический поиск нацелен на выявление и прогнозирование всех возможных ограничений, связанных с имеющимися заболеваниями и негативно влияющих на качество жизни пациента и значимых для него лиц. Особым направлением сестринской клинической практики является реабилитация, требующая в том числе профессиональной переподготовки. Модульный характер программы предусматривает блок занятий по специфике реабилитации в зависимости от профиля заболеваний пациентов. Современная психиатрия продолжает опираться на квалификацию и опыт персонала при сборе анамнеза и наблюдении, создание терапевтической среды и режима нестеснения пациента. Особое значение придается наблюдению, результаты которого лежат в основе сестринской диагностики.

В западной клинической практике используются как классические сестринские диагнозы в рамках NANDA International [2], так и диагностика в системе ICF (МКФ) [1]. В России основой формирования единой врачебно-сестринской диагностической системы может быть именно МКФ, с распределением основных доменов среди всех членов МДБ [7]. В международном классификаторе NANDA International имеется набор диагнозов, характерных для психически больных пациентов [2]. Нами установлено, что содержание каждого стандартного диагноза соответствует оценке по доменам МКФ, которые при распределении нагрузки на членов МДБ могут быть зоной ответственности медицинской сестры.

Материалы и методы. С целью определения спектра сестринских диагнозов, применимых в психиатрии, проведено исследование 100 случаев заболеваний с выкопировкой данных из карт амбулаторного наблюдения и дневников наблюдений на базе ПНД. Среди пациентов преобладали женщины (58%), лица старше 50 лет (54%), с возрастом количество обращений в ПНД увеличивалось.

Результаты и их обсуждение. В структуре проблем пациента максимальную долю имеют физические проблемы (45,4%), проявляющиеся в снижении самоухода и несоблюдении норм личной гигиены (20,6%); расстройствах сна (15,3%); острой спутанности сознания (9,9%). Потенциальной проблемой пациента ПНД является нарушение функции желудочно-кишечного тракта (24%), что связано с приемом антипсихотических препаратов. Максимальный удельный вес (41,1%) физических проблем имеют пациенты с органическими заболеваниями и поражениями головного мозга. Медицинская сестра психиатрического профиля должна проводить оценку состояния пациента по следующим доменам: самообслуживание; функции сознания; функции ориентированности; функции сна; выполнение повседневного распорядка; еда и лекарственные препараты (таблица).

Психологические проблемы, занимали долю в 24,2% и выражались в виде раздражительности (39,1%); беспокойства (27,5%), сниженного настроения (16%) и отказа от выполнения назначений врача (17,4%). В общей структуре проблем пациентов психологические проблемы (33,3%) преобладают среди лиц с биполярными и рекуррентными расстройствами. В зоне ответственности медсестры расположены следующие домены: волевые и побудительные функции; функции эмоций; выполнение отдельных задач; выполнение многоплановых задач; выполнение повседневного распорядка; самообслуживание; решение проблем; принятие решений; общие межличностные взаимодействия (таблица).

Социальные проблемы составляют в структуре сестринских психиатрических диагнозов 20,6%. Среди них максимальную долю занимают измененные семейные отношения (33,6%); ограничение социальных контактов (26,4%); неэффективная социальная адаптация (24,8%). В общей структуре проблем пациентов социальные проблемы имеют максимальный удельный вес (41,7%) среди пациентов с шизофренией и шизофреноподобными синдромами. Медицинской сестрой могут быть

использованы следующие домены МКФ: функции эмоций; выполнение отдельных задач; семейные отношения; преодоление стресса и других психологических нагрузок; восприятие и воспроизводство сообщений; общие межличностные взаимодействия (таблица).

Таблица.

Соответствие сестринских реабилитационных диагнозов доменам МКФ

Диагноз в системе NANDA		Диагноз в системе МКФ	
Название	код	Название	код
Дефицит самоухода (с указанием области дефицита)	00182	Самообслуживание	d510
	00108	(с указанием области дефицита)	d520
	00098		d530
	00102		d540
	00110		d550
			d560
			d570
Спутанность сознания (острая и хроническая) или риск формирования таковой	00128	Функции сознания	b110
	00129	Функции ориентированности	b114
Инсомния	00095	Функции сна	b134
Деприация сна	00096	Выполнение повседневного распорядка	d230
Расстройство паттернов сна и бодрствования	00198		
Истощаемость, непереносимость деятельности	00092	Волевые и побудительные функции	b130
			b176
		Умственные функции последовательных	d210
		сложных движений Выполнение отдельных и многоплановых задач	d 220 d598

		Самообслуживание, другое уточненное	
Тревога	00146	Функции эмоций Темперамент и личностные функции	b152 b126
Неэффективное отрицание, отказ от лечения	00072	Темперамент и личностные функции Решение проблем, принятие решений	b126 d175 d 177
Эмоциональная лабильность	00251	Функции эмоций	b152
Снижение родительско-детской привязанности или риск формирования такового	00058	Функции эмоций Семейные отношения Семья и ближайшие родственники	b152 d760 e310
Копинг–поведение (в рамках дисфункциональной семьи; семьи с ограниченными возможностями; в области коммуникаций)	00071 00069 00051 00158 00157	Преодоление стресса и других психологических нагрузок Общие межличностные взаимодействия	d240 d710 - d729
Семейные отношения дисфункциональные	00063	Семейные отношения Семья и ближайшие родственники	d760 e310
Семейные отношения прерванные	00060		
Социальная изоляция	00053	Отношения с незнакомыми людьми Формальные отношения Неформальные социальные отношения Факторы контекста в группе доменов «Влияние»: семья, друзья,	d730 d740 d750 e310 e315 e320

		знакомые, медицинские работники и прочее	e325 e340 e345 e350 e355 e360
Дефицит знаний	00126	Познавательные функции высокого уровня Приобретение практических навыков Применение знаний, другое уточненное и не уточненное Обучение и применение знаний, другое уточненное	b164 d 155 d179 d198

Заключение. Нами не выявлено значимых отличий в структуре проблем пациентов психоневрологического диспансера в зависимости от нозологической формы заболевания. Существует дополнительный набор сестринских диагнозов, применяемых в психиатрии и имеющий соответствия с определенными доменами МКФ, однако они не были выявлены в исследуемой группе. Таким образом, выполнение первого и второго этапов сестринского процесса позволяет активно использовать инструмент МКФ, что расширяет реальные функции среднего медицинского персонала, принимающего участие в реабилитационном процессе в рамках мультидисциплинарной бригады психиатрического профиля.

Литература

1. Международная классификация функционирования. Ограничений жизнедеятельности и здоровья. Электронный доступ:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85930/1/9241545445_rus.pdf (дата обращения 16 апреля 2019 г.).

2. NANDA-APPROVED NURSING DIAGNOSES 2015-2017
Электронный доступ: https://www.deanza.edu/faculty/hrycykcatherine/NANDA_2015-2017_list__November_2014.pdf (дата обращения 10 апреля 2019 г.).

3. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Союз реабилитологов России: Электронный доступ: <https://rehabrus.ru/pilotnyij-proekt.html> (дата обращения 5июля 2019 г.).

4. Европейский сборник примеров передовой сестринской и акушерской практики в поддержку реализации политики Здоровье–2020.Электронный ресурс: http://www.medsestre.ru/files/file/who_compendium.pdf (дата обращения 14 апреля 2019 г.).

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25.06.2014 № 309 «Об утверждении плана мероприятий («дорожная карта») по расширению функций специалистов со средним медицинским образованием» Электронный доступ: ГАРАНТ.РУ: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70588124/#ixzz5lBMtGoVq> (дата обращения 12.04.2019).

6. Петрова Н.Г. Организационные основы сестринского дела в реабилитации: учебное пособие /Н.Г. Петрова [и др.] – Санкт-Петербург: СпецЛит,2016. – 119 с.

7. Поляков И.В. Организация сестринской реабилитационной помощи в рамках мультидисциплинарной бригады: методические рекомендации/ И.В. Поляков [и др.]. – СПб-Саратов: представительство МЗ РФ по Саратову, СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2006. – 22 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ FAST TRACK В УСЛОВИЯХ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Попов С.В., Ерш Н.В., Умарбекова С.У.,

ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», г. Санкт-Петербург, Россия

Аннотация. В работе тезисно описываются наиболее значимые аспекты ускоренной реабилитации пациентов. Основываясь на данных отечественных и зарубежных авторов, а также, на собственном опыте, удалось доказать, что медицинская сестра является неотъемлемой частью реализации протокола Fast-track.

THE ROLE OF THE MEDICAL NURSE IN THE IMPLEMENTATION OF THE FAST TRACK PROGRAM IN THE CONDITIONS OF ENDOVIDEO-SURGICAL UROLOGICAL DEPARTMENT

Popov S.V., Ersh N.V., Umarbekova S.U.,

City Hospital of St. Luke, St. Petersburg, Russia

Abstract. The paper describes the most significant aspects of the accelerated rehabilitation of patients. Based on the data of domestic and foreign authors, as well as, on my own experience, we were able to prove that a nurse is an integral part of the implementation of the Fast-track protocol.

Введение. Н. Kehlet. В 90-х годах XX века на основании изучения патофизиологических механизмов предложил использовать систему мер, направленных на снижение стрессовой реакции организма на хирургическую травму, что могло привести к улучшению результатов хирургического лечения [1, 2].

Результатом оптимизации ведения пациентов явилось понятие fast-track (FT) хирургия («быстрый путь в хирургии»), или ERAS (early rehabilitation

after surgery – ранняя реабилитация после операции). Стратегии подбора методов анестезии, анальгезии, способов хирургического вмешательства, активного послеоперационного восстановления значительно сокращает время, необходимое для восстановления [3, 4, 5]. Оптимально принципам FT хирургии соответствует применение эндоскопических и лапароскопических технологий [6, 7].

Принципы FT условно разделены на дооперационный, интраоперационный и послеоперационный этапы.

Дооперационный этап.

1. Обучение пациента – объяснение и детальная информация о предстоящих медицинских процедурах, операции, послеоперационном периоде, преимуществах программы FT [8].

2. Отсутствие ограничения питания до операции [9, 10] снижает риск осложнений и повышает энергетические резервы организма. Пациенту в течение ночи разрешают пить до 400 мл прозрачной жидкости, 150 мл раствора глюкозы за 2 ч до операции. Данные объёмы не увеличивают риски аспирационных осложнений, но способствует уменьшению чувства голода, жажды, дискомфорта, утомления, а, следовательно, и стрессовой реакции.

3. Согласно результатам рандомизированных исследований, необходимость механической подготовки кишечника к операции не считают обоснованной [11-13].

Интраоперационный этап.

1. Анестезия, сводящая к минимуму хирургический стресс, соответствует целям FT хирургии. Введение в клиническую практику новейших методик интраоперационной анальгезии, расширение показаний к методикам регионарных анестезий, позволило значительно сократить продолжительность восстановительного периода.

2. Использование минимально агрессивных хирургических методик уменьшает воспалительный компонент от оперативного лечения, что

подразумевает снижение боли и сокращение сроков пребывания в стационаре [14, 15, 16].

3. Минимизация использования дренажей и зондов в послеоперационном периоде позволяет ускорить процесс активизации пациента [17-21].

4. Оптимизированная инфузионная терапия во время оперативного вмешательства предупреждает обезвоживание или отеки, которые приводят к замедлению заживления.

5. Обеспечение интраоперационной нормотермии положительным образом влияет на систему гемостаза и снижение послеоперационной кровопотери.

Послеоперационная тактика.

1. Эффективное обезболивание – важнейший фактор, влияющий на длительность послеоперационного пребывания в стационаре. Необходим комплексный подход с использованием регионарной аналгезии, НПВП, что позволяет уменьшить использование опиоидов и, как следствие, снизить их побочные эффекты [22].

2. Ранняя пероральная гидратация добивается приемом более 300 мл жидкости в день операции и прекращение внутривенной инфузии в первый день.

3. Раннее восстановление питания. В течение первого дня после операции вместе с жидким питанием назначают твёрдую пищу через 6 ч после операции. При наличии тошноты и рвоты показана фармакологическая терапия [23, 24, 25, 26].

4. Ускоренная мобилизация в течение первого дня после операции необходима для снижения слабости, улучшения легочных функций, снижения рисков венозного застоя и тромбозов, а также снижает риск послеоперационному образованию спаек.

Роль медсестры.

Для пациента, возможность получить информацию от лечащего врача и медсестры отделения является фактором информированности и доверия. Возможность знакомства пациента с операционной сестрой, осведомленность о работе операционного блока положительно влияют на его психологический настрой. Знание диагноза, состояния пациента, сопутствующих заболеваний и плана предстоящей операции даёт операционной медсестре возможность подготовиться к любым экстремальным ситуациям.

Непосредственно после перевода пациента в палату, медсестра ведет систематическое наблюдение за больным. Медсестра первой фиксирует и реагирует на типичные проблемы пациента. Она создает больному комфорт, снимает стрессовое состояние с помощью беседы, обучает пациента максимально полно обслуживать себя и обучает его родственников приёмам ухода за больным.

Реабилитация должна начинаться сразу же после операции, чтобы предотвратить возможные осложнения. Основными задачами являются восстановление функций пищеварения и самообслуживания. В первые дни после операции для пациента очень важно тонизирующее действие щадящих физических упражнений, так как гиподинамия создаёт неблагоприятные условия, способствующие развитию осложнений.

Боли в области операционного разреза и брюшной полости нарушают механизм дыхания. Ухудшается вентиляция лёгких, особенно в нижних отделах, создаёт условия для присоединения инфекции и развития пневмонии. Снижается как секреторная, так и моторная функции желудочно-кишечного тракта. Характерны метеоризм, атония, возможен парез кишечника. Резко выраженные боли и ограничение подвижности диафрагмы, снижение тонуса мышц брюшного пресса ухудшают функцию органов мочевого выделения. Благодаря специальным дыхательным и общеукрепляющим упражнениям нередко удаётся уже в раннем послеоперационном периоде

восстановить нарушенный механизм дыхания, предотвратить или уменьшить метеоризм, или атонию кишечника.

Медикаментозная терапия целесообразна лишь при возникновении патологических синдромов и выраженных расстройствах функций органов пищеварения.

Своевременная и правильная медицинская реабилитация значительно сокращает сроки временной нетрудоспособности, уменьшает число больных с послеоперационными патологическими синдромами.

Выводы.

Сестринский процесс играет важную роль в уходе за хирургическими пациентами.

Чтобы добиться реального прогресса в сестринском деле, необходимо обращать внимание на то, как пациенты реагируют на уход; важно также улучшать технологии ухода и применять новые.

Необходимо контролировать эффективность проводимых мероприятий и определять, были ли достигнуты ожидаемые результаты.

Перечисленные выше мероприятия, проводимые медицинскими сестрами в рамках FT хирургии, требуют высокой квалификации и постоянного совершенствования знаний и навыков. Наличие специализированных курсов по ERAS и FT хирургии для медсестер являются необходимым залогом успеха в командной работе на благо пациентов.

Литература

1. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. Br J Anaesth 1997;78(5):606–17. PMID: 9175983.
2. Azhara R.A., Bochner B., Catto J. et al. Enhanced recovery after urological surgery: a contemporary systematic review of outcomes, key elements, and research needs. Eur Urol 2016;70(1):176–81. PMID: 26970912. DOI: 10.1016/j.eururo.2016.02.051.
3. Gustafsson U.O., Scott M.J., Schwenk W. et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery

(ERASR) society recommendations. Clin Nutr 2012;31(6): 783–800. PMID: 23099039. DOI: 10.1016/j.clnu.2012.08.013.

4. Greco M., Capretti G., Beretta L. et al. Enhanced recovery program in colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. World J Surg 2013;38(6):1531–41. PMID: 24368573. DOI: 10.1007/s00268-013-2416-8.

5. ERAS Compliance Group. The impact of enhanced recovery protocol compliance on elective colorectal cancer resection: results from an international registry. Ann Surg 2015;261(6):1153–9. PMID: 25671587. DOI: 10.1097/SLA.0000000000001029.

6. Zhuang C.L., Ye X.Z., Zhang X.D. et al. Enhanced recovery after surgery programs versus traditional care for colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. Dis Colon Rectum 2013;56(5):667–78. PMID: 23575408. DOI: 10.1097/DCR.0b013e3182812842.

7. Francis N., Kennedy R.H., Ljungqvist O., Mythen M.G. Manual of fast track recovery for colorectal surgery. Berlin: Springer, 2012.

8. Nygren J., Thacker J., Carli F. et al. Guidelines for perioperative care in elective rectal/pelvic surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations. Clin Nutr 2012;31(6):801–16. PMID: 23062720. DOI: 10.1016/j.clnu.2012.08.012.

9. Kondrup J., Rasmussen H.H., Hamberg O. et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr 2003;22(3):321–36. PMID: 12765673.

10. Hamilton-Reeves J.M., Bechtel M.D., Hand L.K. et al. Effects of immunonutrition for cystectomy on immune response and infection rates: a pilot randomized controlled clinical trial. Eur Urol 2016;69(3):389–92. PMID: 26654125. PMCID: PMC4793712. DOI: 10.1016/j.eururo.2015.11.019.

11. Guenaga K.F., Matos D., Wille-Jørgensen P. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. Cochrane Database Syst Rev 2011;7(9):CD001544. PMID: 21901677. DOI: 10.1002/14651858.CD001544.pub4.

12. Hashad M.M., Atta M., Elabbady A. et al. Safety of no bowel preparation before ileal urinary diversion. *BJU Int* 2012;110(11):1109–13. PMID: 23167296. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2012.11415.x.

13. Awad S., Varadhan K.K., Ljungqvist O., Lobo D.N. A meta-analysis of randomized controlled trials on preoperative oral carbohydrate treatment in elective surgery. *Clin Nutr* 2013;32(1):34–44. PMID: 23200124. DOI: 10.1016/j.clnu.2012.10.011

14. Can M.F., Yagci G., Dag B. et al. Preoperative administration of oral carbohydrate-rich solutions: comparison of glucometabolic responses and tolerability between patients with and without insulin resistance. *Nutrition* 2009;25(1):72–7. PMID: 18849145. DOI: 10.1016/j.nut.2008.07.021.

15. Носов А.К., Рева С.А., Джалилов И.Б., Петров С.Б. Радикальная цистэктомия при раке мочевого пузыря: сравнение ранних хирургических осложнений при лапароскопической, открытой и видеоассистированной операции. *Онкоурология* 2015;(3):71–8. [Nosov A.K., Reva S.A., Dzhililov I.B., Petrov S.B. Radical cystectomy for bladder cancer: comparison of early surgical complications during laparoscopic, open-access, and video-assisted surgery. *Onkourologiya = Cancerurology* 2015;(3):71–8. (In Russ.)]. DOI: 10.17650/1726-9776-2015-11-3-71-78.

16. Bochner B.H., Dalbagni G., Sjoberg D.D. et al. Comparing open radical cystectomy and robot-assisted laparoscopic radical cystectomy: a randomized clinical trial. *Eur Urol* 2015;67(6):1042–50. PMID: 25496767. PMCID: PMC4424172. DOI: 10.1016/j.eururo.2014.11.043.

17. Novara G., Catto J.W., Wilson T. et al. Systematic review and cumulative analysis of perioperative outcomes and complications after robot-assisted radical cystectomy. *Eur Urol* 2015;67(3):376–401. PMID: 25560798. DOI: 10.1016/j.eururo.2014.12.007.

18. Rao W., Zhang X., Zhang J. et al. The role of nasogastric tube in decompression after elective colon and rectum surgery: a metaanalysis. *Int J Colorectal Dis* 2011;26(4):423–9.

19. Donat S.M., Slaton J.W., Pisters L.L., Swanson D.A. Early nasogastric tube removal combined with metoclopramide after radical cystectomy and urinary diversion. *J Urol* 1999;162(5):1599–602. PMID: 10524876.
20. Mattei A., Birkhaeuser F.D., Baermann C. et al. To stent or not to stent perioperatively the ureteroileal anastomosis of ileal orthotopic bladder substitutes and ileal conduits? Results of a prospective randomized trial. *J Urol* 2008;179(2):582–6. PMID: 18078958. DOI: 10.1016/j.juro.2007.09.066.
21. Mukhtar S., Ayres B.E., Issa R. et al. Challenging boundaries: an enhanced recovery program for radical cystectomy. *Ann R Coll Surg Engl* 2013;95(3):200–6. PMID: 23827292. PMCID: PMC4165245. DOI: 10.1308/003588 413X13511609957579.
22. Keskin M.S., Argun Ö.B., Öbek C. et al. The Incidence and sequela of lymphocele formation after robot-assisted extended pelvic lymph node dissection. *BJU Int* 2016;118(1):127–31. PMID: 26800257. DOI: 10.1111/bju.13425.
23. Patel H.R., Cerantola Y., Valerio M. et al. Enhanced recovery after surgery: are we ready, and can we afford not to implement these pathways for patients undergoing radical cystectomy? *Eur Urol* 2014;65(2):263–6. PMID: 24183418. DOI: 10.1016/j.eururo.2013.10.011
24. Traut U., Brugger L., Kunz R. et al. Systemic prokinetic pharmacologic treatment for postoperative adynamic ileus following abdominal surgery in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD004930. PMID: 18254064. DOI: 10.1002/14651858.CD004930.pub3.
25. Hirose Y., Naiki T., Ando R. et al. Novel closing method using subcutaneous continuous drain for preventing surgical site infections in radical cystectomy. *ISRN Urol* 2014;2014:897451. PMID: 24734201. PMCID: PMC3964757. DOI: 10.1155/2014/897451.
26. Lewis S.J., Andersen H.K., Thomas S. Early enteral nutrition within 24 h of intestinal surgery versus later commencement of feeding: a systematic review and meta-analysis. *J Gastrointest Surg* 2009;13(3):569–75. PMID: 18629592. DOI: 10.1007/s11605-008-0592-x.

УДК: 614.2

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОЖЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ

**Иванова Марина Викторовна, Карягина Марина Александровна,
Пятикоп Вероника Михайловна,**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»,
г. Самара, Россия

Аннотация. в статье представлены положения тела пациента во время проведения оперативного вмешательства, и возможные осложнения при не правильном позиционировании пациента.

THE PARTICULAR POSITION OF THE PATIENT ON THE OPERATING TABLE

**Ivanova Marina Viktorovna, Karjagina Marina Aleksandrovna,
Pjatikop Veronica Mihailovna,**

State budgetary institution of health care «Samara regional clinical oncological
clinic», Samara, Russia

Abstract. The article presents the position of the patient's body during the surgical accommodation, and possible complications with incorrect positioning of the patient.

Понятие «положение на операционном столе» (decubitus) имеет большое значение при проведении анестезии. Придать пациенту правильное, облегчающее хирургический доступ положение на операционном столе – это важная задача анестезиологической службы.

Нефизиологическое положение может быть причиной напряжения и травмы, плексита и пролежней. Проведение общей анестезии требует особое внимание к укладке пациента.

Целью создания оптимального положения пациента во время операции является:

- 1) обеспечение наилучшего хирургического доступа;
- 2) избежание развития потенциальных осложнений, связанных с позиционным положением пациента на операционном столе.

Любое положение больного на операционном столе несет определенную степень риска. Данная проблема усугубляется тем, что пациент не может нам сообщить о возникновении осложнения по причине бессознательного состояния и мышечной релаксации.

Виды положений на операционном столе:

- 1) на спине.

Горизонтальное положение на спине применяется наиболее часто. Руки могут быть осторожно зафиксированы вдоль тела или отведены на подставках. Ноги должны лежать ровно и не перекрещиваться. Веки пациента должны быть аккуратно прикрыты и зафиксированы в этом положении во избежание пересыхания и повреждения роговицы. В положение на спине происходит смещение диафрагмы в сторону грудной полости, что приводит к уменьшению дыхательного объема, нарушению вентиляционно-перфузионного соотношения. Также происходит перераспределение венозной крови от нижних конечностей, что приводит к увеличению венозного возврата к сердцу и увеличению сердечного выброса. Эти физиологические изменения нивелируют негативное воздействие анестезии на гемодинамику.

- 2) положение Тренделенбурга.

Применяется при урологических, гинекологических операциях, при вмешательстве на прямой кишке, а также для улучшения кровоснабжения мозга при острой анемии, коллапсе, шоке.

Положение Тренделенбурга достигается опусканием головного конца операционного стола на 45 градусов. Положение больного, при котором голова и плечевой пояс располагаются ниже таза. Происходящее при этом

перемещение кишечника в верхний отдел брюшной полости облегчает доступ к органам малого таза во время операции. Создание положения Тренделенбурга и вывод больного из него производят медленно во избежание резкого нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы и кровоснабжение мозга.

3) положение обратного Тренделенбурга.

Обратное положение Тренделенбурга – положение на спине с наклонном головного конца операционного стола вверх. Улучшается венозный дренаж от головы и шеи, уменьшается внутричерепное давление, более низкий риск пассивной аспирации. Главные осложнения этой позиции – артериальная гипотензия и высокий риск воздушной эмболии.

4) Литотомическое положение / положение Ллойд Дэвис.

Используется в гинекологии и проктологии.

Разница между литотомической позицией и положением Ллойд Дэвис – это степень сгибания бедра и колена. Руки пациента находятся по бокам. Ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, приподняты и разведены в стороны это приводит к перераспределению крови от нижних конечностей. При этих позициях почти всегда есть вероятность смещения эндотрахеальной трубки. Непреднамеренная стимуляция карины, вызывающее бронхоспазм или эндобронхиальную интубацию.

5) Латеральная позиция (положения пациента на боку).

Используется при торакотомии, урологических операциях, вмешательствах на бедре и плече.

Положение на боку изменяет физиологию вентиляционно-перфузионных отношений. Нижнее легкое хуже вентилируется, но лучше кровоснабжается, в тоже время верхнее легкое лучше вентилируется, но недостаточно перфузируется. Подвергающиеся наибольшему давлению в этой позиции являются бедро, плечо и лодыжка. Положение пациента может быть стабилизировано поддерживающими фиксаторами у груди и бедер или с помощью специального матраса. Подушку располагают между ног, при

этом ногу, лежащую ниже сгибают в колене, выше расположенная нога может находиться в произвольном положении. Выше расположенная рука может лежать свободно или на специальной подставке.

6) Положение сидя.

Классическая позиция используется только в некоторых специальных центрах и только при проведении специфических операций. Используется при нейрохирургических операциях на задней черепной ямке. Удобный хирургический доступ, большая степень наклона шеи, улучшение дренажа крови. Серьезные недостатки: постуральная гипотензия, высокий риск венозной воздушной эмболии. Сердечный выброс и артериальное давление может катастрофически снижаться вследствие перераспределения крови: накопления в венах нижних конечностей, что сопровождается развитием гипотензии и снижением мозгового кровотока.

7) Положение лицом вниз (прон-позиция).

Используется при операциях на спине, перевязке малой подкожной вены и некоторых вмешательствах на лодыжках. При интубации предпочтение отдается надежным, армированным эндотрахеальным трубкам. Голова пациента поворачивается на бок, или укладывается лицом вниз на специальную подставку. Давление на лоб должно быть ограничено. Руки пациента приведены и лежат вдоль тела, либо отведены и согнуты в локтях так, что лежат рядом с головой. Очень важно избегать давления на живот – от этого возрастает внутрибрюшное давление, происходит сдавление нижней полой вены.

Правильное физиологическое положение пациента на операционном столе дает возможность избежать развитие потенциальных осложнений.

Осложнения неправильного позиционирования пациента:

1) Повреждение периферических нервов.

Повреждение периферических нервов, является достаточно распространенным осложнением. Могут протекать бессимптомно и оставаться незамеченными в течение нескольких дней после операции. К

группе риска послеоперационной нейропатии относятся пожилые пациенты, а также больные диабетической и алкогольной полинейропатией. Необходимо быть очень внимательными к пациентам этой группы при укладывании их на операционном столе.

2) Повреждение глаз.

Частота повреждений глаз во время анестезии и операции очень низкая, менее ноль целых одна сотая процента (0,01%) случаев. Повреждение роговицы является наиболее частым осложнением. Предотвратить можно простым приложением чистой влажной салфеткой на область глаз.

3) Пролежни.

В каком бы положении не находился пациент на операционном столе на определенные точки его тела постоянно оказывается повышенное давление, в результате чего все эти анатомические области подвергаются риску возникновения пролежней. Часто наблюдаемые во время операции гипотермия, низкое артериальное давление и сниженный сердечный выброс приводят к нарушению тканевой перфузии. Сочетание давления и сниженной перфузии вызывают ишемию тканей, приводящую к развитию пролежней. Под области подверженные давлению подкладывают специальные мягкие (силиконовые) прокладки, а также при возможности во время и после операции необходимо проводить визуальную оценку этих областей.

В нашем учреждении проводится профилактика осложнений неправильного позиционирования пациента:

- современный функциональный операционный сто;
- использование валиков;
- согревающий матрас и контроль температуры тела пациента;
- прикладывание чистой влажной салфетки на область глаз и фиксация.

Таким образом, при правильном расположении пациента на операционном столе предотвращается возникновение повреждений или

травматизацию тканей во время хирургического вмешательства. Всё используемое оборудование должно находиться в исправном состоянии и быть проверено после каждого изменения позиции пациента. Многие осложнения, связанные с неправильным положением пациента на операционном столе, проявляются только в течение нескольких дней после операции.

Литература

1. Стоун, Дж. Наглядная анестезиология: учеб. пособие / Дж. Стоун, У. Фоусетт; пер. с англ. А.В. Алексеева; под ред. В.А. Светлова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 120 с.: ил. ISBN 987-5-9704-3784-1
2. Дж. Эдвард Морган – мл., Мэгид С. Михаил, Майкл Дж. Марри. Клиническая анестезиология: книга 1-я / Изд. 4-е, испр. – Пер. с англ. – М.: Издательство БИНОМ, 2011. – 400 с., ил.

УДК: 614.2

РОЛЬ ОХРАНЫ ТРУДА В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Воробьева Марина Михайловна, Иванова Ольга Вячеславовна,
ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии имени
С.Г. Суханова» Минздрава России (г. Пермь), г. Пермь, Россия

Аннотация. Роль охраны труда в отделении анестезиологии-реанимации является актуальной, в связи с высокой ценностью здоровья медицинской сестры. Правильно организованная работа по обеспечению безопасности труда в отделении ведет к повышению качества труда, снижению количества несчастных случаев на рабочем месте, поломок оборудования и иных нештатных ситуаций, повышает дисциплинированность работников, что увеличивает эффективность работы.

Ключевые слова: медицинская сестра-анестезист, медицинская сестра организатор, охрана труда, безопасные условия труда.

THE ROLE OF OCCUPATIONAL HEALTH IN THE DEPARTMENT OF ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE, FEDERAL CENTRE OF CARDIOVASCULAR SURGERY

Vorobyeva Marina Mikhailovna, Ivanova Olga Vyacheslavovna,

Federal center for cardiovascular surgery named after S.G. Sukhanov of Russian
Federation's Ministry of Health Russia (Perm), Perm, Russia

Annotation. The role of occupational safety in the Department of anesthesiology and intensive care is relevant, due to the high value of the health of the nurse. Properly organized work to ensure safety in the Department leads to an increase in the quality of work, reduce the number of accidents at the workplace, equipment breakdowns and other emergency situations, increases the discipline of employees, which increases the efficiency of work.

Key words. Medical nurse-anesthetist, nurse organizer, labor protection, safe working conditions.

Введение. Роль охраны труда в отделении анестезиологии-реанимации является актуальной, в связи с высокой ценностью здоровья медицинской сестры.

Цель – изучить организацию работы отделения анестезиологии-реанимации по охране труда среднего медицинского персонала в федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии имени С.Г. Суханова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Пермь) (далее – ФЦССХ).

Материалы и методы. Аналитический, статистический анализ.

Результаты и их обсуждение. Охране труда в отделении анестезиологии-реанимации (далее – ОА-Р) уделяется особое внимание. Соблюдение ее принципов позволяет решить целый ряд задач, среди которых: гарантированная защита сотрудников отделения от вредных и опасных факторов, влияющих на их здоровье или здоровье их потомства;

исключение серьезных экономических убытков из-за потери рабочего времени; исключение негативных психологических факторов в коллективе; повышение качества труда медицинского персонала путём изучения и решения проблем.

Мы понимаем всю важность правильного подхода к организации охраны труда в отделении анестезиологии-реанимации, сделали своим лозунгом в работе слова «Охрана труда – залог успеха нашего отделения!». Охрана труда подразумевает не только обеспечение безопасности работников во время исполнения ими служебных обязанностей. К ним можно отнести следующие мероприятия: профилактика профессиональных заболеваний, организация полноценного отдыха и питания работников во время рабочих перерывов, обеспечение их необходимой спецодеждой и гигиеническими средствами и даже выполнение социальных льгот и гарантий. В ФЦССХ заключен коллективный договор, принято соглашение по охране труда, которое является приложением коллективного договора и рассматривается как правовая форма планирования и проведения мероприятий по охране труда. Со всеми вновь принятыми работниками заключены трудовые договоры, в которых оговорены права и обязанности работников, режим труда и отдыха, оплата, социальные гарантии. С целью предотвращения профессиональных заболеваний, обеспечения здоровья сотрудников отделения, весь коллектив проходит обязательный медицинский осмотр при поступлении на работу и периодический медицинский осмотр в установленном порядке.

В настоящее время большое внимание уделяется режиму противопожарной безопасности. Имеется план мероприятий по пожарной безопасности, в отделение обеспечено первичными средствами пожаротушения, работает автоматическая пожарная сигнализация. Проводится плановая учебная тревога по эвакуации пациентов и персонала в случаях пожара или чрезвычайной ситуации. Цель такого занятия – проверка знаний, умений персонала четко действовать в чрезвычайных ситуациях,

быстро принимать решения, для сохранения жизни, здоровья пациентов и сотрудников. Все помещения и оборудование в отделении соответствует требованиям техники безопасности.

Несчастные случаи на работе приносят существенные финансовые потери, создают помехи в работе, увеличивают нагрузку на других сотрудников. Поэтому, охрана труда является превентивной мерой и приоритетным направлением.

Безопасность жизни и здоровья среднего медицинского персонала в отделении ведет к развитию следующих направлений: комфортные и безопасные условия труда; эффективность мероприятий по улучшению условий и повышению безопасности труда, что является экономическим выражением социального значения охраны труда; непрерывное совершенствование и улучшения условий труда, повышения его безопасности, снижения травматизма и заболеваемости; правильное планирование рабочего времени путем предупреждения преждевременного утомления сотрудников, снижения числа микротравм, уменьшения целодневных потерь рабочего времени по причинам временной нетрудоспособности из-за травматизма, профессиональной и общей заболеваемости.

Немаловажную роль в вопросах охраны труда в коллективе играют психологические средства повышения безопасности труда, которые объединяют в себе факторы, определяющие психологический климат в ОА-Р, обеспечение психологической совместимости его членов, профессионального подбора кадров, подготовки и обучения безопасным методам труда. Формирование в трудовом коллективе правильных межличностных отношений на основе правил внутреннего трудового распорядка, норм и инструкций по охране труда является одной из основных обязанностей старшей медицинской сестры отделения. Умение грамотно и корректно строить отношения в коллективе – это своего рода искусство, от которого в конечном итоге будет значительно зависеть и результат деятельности всего

отделения. При этом особая роль в этой деятельности должна отводиться организации работы по обеспечению безопасных условий труда для сотрудников, охране труда.

Заключение. Решение вопросов охраны труда дает уверенность персоналу, коллективу в том, что он работает в комфортных условиях, где выполнены все требования безопасности. Таким образом, значение роли охраны труда значительно, пренебрежение этими вопросами ведет к негативным последствиям. Роль сестры организатора ОА-Р заключается в изучении и решении проблем, связанных с обеспечением здоровых и безопасных условий, в которых трудятся медицинские сестры отделения, в разработке новых стандартов деятельности, школ здоровья. В отделении проводится изучение и выявление возможных причин несчастных случаев, профессиональных заболеваний, аварийных ситуаций, разработка мероприятий и требований, направленных на устранение этих причин, позволяют создать безопасные и благоприятные условия труда для сотрудников ОА-Р.

Обеспечивая налаженную работу по охране труда, мы добиваемся обеспечения здоровых и безопасных условий труда, проведения учебного процесса, предупреждения травматизма, безопасной эксплуатации зданий и технических средств обучения, создание оптимального режима труда и отдыха.

Литература

1. Воропаева Л.А. Аверин А.В. Петрова П.А., Владыко Е.Д. Организация охраны труда среднего и младшего медицинского персонала городской клинической больницы. [текст]. Главная медицинская сестра. – 2013. – № 11. – С. 59-62.
2. ГОСТ 12.0.004-2015 «Межгосударственный стандарт. Система стандартов безопасности труда. Организация обучения безопасности труда. Общие положения (вместе с "Программами обучения безопасности труда")» (введен в действие приказом Росстандарта от 09.06.2016 № 600-ст).

3. Организация медицинской помощи в Российской Федерации: учебник / Под ред. В.А. Решетникова. – Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство». 2018. – 432 с.

4. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» (в ред. Приказов Минздрава России от 15.05.2013 № 296н, от 05.12.2014 № 801н, Приказа Минтруда России № 62н, Минздрава России № 49н от 06.02.2018). [Электронный ресурс]. – М., 2018. – Режим доступа: Система Консультант плюс.

5. Постановление Минтруда России и Минобразования России от 13.01.2003 № 1/29 «Об утверждении Порядка обучения по охране труда и проверки знаний требований охраны труда работников организаций» (в ред. Приказа Минтруда России № 697н, Минобрнауки России № 1490 от 30.11.2016). [Электронный ресурс]. – М., 2018. – Режим доступа: Система Консультант плюс.

6. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями). [Электронный ресурс]. – М., 2018. – Режим доступа: Система Консультант плюс.

Сборник научно-практических статей

**МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА: ТРАЕКТОРИЯ НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

В сборнике представлены материалы Всероссийской научно-практической
конференции.

Дизайн обложки Н.В. Васильевых

Издательство «РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ»
603022 Нижний Новгород, ул. Пушкина, д. 20, оф. 4.
Тел.: (831) 411-19-83 (85)
E-mail: nn_remedium@medalmanac.ru
www.remedium-nn.ru