

**ФГБОУ ВО «АСТРАХАНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
УПРАВЛЕНИЯ СЕСТРИНСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ
В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Материалы
Всероссийской научно-практической
конференции*

23 сентября 2016 г.

**г. Астрахань
2016**

УДК 614.253.52
ББК 51.1 (2) А43

Редакционная коллегия

О.А. Башкина, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой факультетской педиатрии (АГМУ);

О.В. Рубальский, доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, заведующий кафедрой микробиологии и вирусологии (АГМУ);

М.А. Шаповалова, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой экономики и управления здравоохранением с курсом последипломного образования (АГМУ)

Актуальные вопросы управления сестринской деятельностью в системе здравоохранения: материалы Всероссийской научно-практической конференции (г. Астрахань, 23 сентября 2016 г.). – Астрахань: Изд-во Астраханского ГМУ, 2016. – 112 с.

Сборник составлен по итогам работы Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы управления сестринской деятельностью в системе здравоохранения», состоявшейся в г.Астрахани 23 сентября 2016 г.

Издание предназначено для научных и педагогических работников, аспирантов, ординаторов с целью использования в научной работе и учебной деятельности. Ответственность за аутентичность и точность ссылок, имен, названий и иных сведений, а также за соблюдение законов об интеллектуальной собственности несут авторы публикуемых материалов.

ISBN 978-5-4424-0206-3

© Коллектив авторов, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Сопова И.Л., Курносиков М.С., Черкасов П.С., Камаев Ю.О. <i>Сестринские технологии как фактор, влияющий на современные подходы к планированию необходимых объемов медицинской помощи</i>	5
Черкасов С.Н., Сараев А.Р., Костикова А.Ю. <i>Организация оплаты труда среднего медицинского персонала</i>	8
Черкасов С.Н., Костикова А.Ю. <i>Мотивационные установки медицинских сестер государственных медицинских учреждений</i>	14
Милехина Н.В., Сагдеева А.Р., Полякова Н.Г., Горянин С.В. <i>Социально-экономические аспекты мотивации медицинской сестры-руководителя</i>	18
Аношко В.П. <i>Сестринская помощь на дому – уникальный аспект амбулаторного сестринского дела</i>	20
Рогоза А.М. <i>Организация многоуровневой системы образования и подготовки сестринских кадров в системе здравоохранения Астраханской области</i>	24
Дерябина Н.Н., Вешнева С.А. <i>О платных медицинских услугах населению</i>	35
Галиулина О.В. <i>Образовательное пространство организации как фактор развития практикоориентированности студентов медицинских специальностей</i>	37
Полякова Н.Г. <i>Менеджмент–наставничество как стиль управления средним медицинским персоналом в ГБУЗ АО «Александромаринская областная клиническая больница»</i>	39
Супрун С.В., Мололкина Л.Ю. <i>Особенности системы управления сестринским персоналом в многопрофильной поликлинике</i>	46
Бузало Е.В. <i>Организация и управление сестринским персоналом в многопрофильной больнице. Роль менеджера сестринского дела в эффективности работы персонала</i>	55
Милехина Н.В., Полякова Н.Г. <i>Организация непрерывной подготовки сестринских кадров в лечебном учреждении</i>	60
Габриелян А.Р., Гришина Е.В., Ярославцев С.О., Алямовская Л.В. <i>Роль медицинской сестры в обеспечении кровесберегающих технологий в акушерском стационаре</i>	67
Хетагурова А.К., Джусоева Е.В. <i>Выпускные квалификационные</i>	69

<i>работы в медицинском колледже – первый опыт. Проблемы и пути решения</i>	
Шатохина М.С. <i>Организация и управление сестринским персоналом в эндокринологическом научном центре</i>	73
Самохина Л.П. <i>Роль и место менеджера сестринского дела в организации паллиативной помощи</i>	74
Шаповалова М.А., Горелова Н.В., Штепо М.В. <i>Анализ качества сестринской деятельности региональной службы родовспоможения</i>	80
Доронина Т.Н., Балашова Т.И., Каменева О.П., Халтурина И.Л. <i>Инновационные решения в организации кардиологической помощи детям</i>	83
Зурнаджянц Ю.А., Кашкарова И.А. <i>Современные аспекты совершенствования деятельности сестринского персонала в условиях медицинской организации</i>	88
Шаповалова М.А., Корецкая Л.Р. <i>Государственно-частное партнерство в здравоохранении</i>	92
Удочкина Л.А. <i>Инновационные подходы в организации внеаудиторной работы обучающихся на младших курсах медицинских вузов</i>	96
Куртусунов Б.Т. <i>Новые подходы в преподавании анатомии сердечно-сосудистой системы</i>	100
Супатович Л.Л., Бойко В.В. <i>Обеспечение наглядности преподавания анатомии на акушерском отделении факультета среднего медицинского образования</i>	102
Великанова Л.П. <i>Роль медицинской сестры в формировании терапевтической среды</i>	105

И.Л. Сопова, М.С. Курносиков, П.С. Черкасов, Ю.О. Камаев

*ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени
Н.А. Семашко»
(г. Москва)*

***СЕСТРИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ФАКТОР,
ВЛИЯЮЩИЙ НА СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПЛАНИ-
РОВАНИЮ НЕОБХОДИМЫХ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ***

Система здравоохранения в современном государстве является мощной отраслью, потребляющей значительное количество материальных, кадровых и финансовых ресурсов. Здоровье, как жизненная ценность, все чаще рассматривается не только как одна из самых главных человеческих ценностей, но основа трудового потенциала нации [2]. При таком значении здоровья, как основы поступательного развития и самостоятельной личности и страны в целом, проблемам эффективного расходования финансовых ресурсов, выделенных на здравоохранение, уделяется первостепенное внимание [7].

Обеспечение доступности медицинской помощи, повышение качества медицинских услуг, эффективность расходования ресурсов тесно связано с качеством планирования объемов и структуры медицинской помощи.

В качестве базовой основы планирования предлагается использовать медико-демографические характеристики, показатели заболеваемости населения в целом и отдельных специфических групп [1, 6, 8].

Реализация задач по эффективному реформированию отечественного здравоохранения с целью повышения доступности и качества оказания населению медицинской помощи требует использования новых подходов и к планированию объемов медицинской помощи, так как существующие подходы полностью игнорируют динамические процессы (изменение численности населения, уровня заболеваемости, распространенности

факторов риска), что с учетом имеющегося временного разрыва между принятием решения и получением желаемых результатов от его реализации (консервативность системы) превращает процесс определения потребности в случайный, когда совпадение потребности и плановых показателей может быть достигнуто далеко не всегда [4, 5].

Совершенствование среднесрочного планирования невозможно без учета факторов влияющих на формирование потребности в медицинской помощи. В качестве одной из важнейших групп факторов можно рассматривать используемые медицинские технологии. Модификация технологического процесса приводит к изменениям потребности.

Одним из основных требований к выполнению технологического процесса является компетентность и уровень подготовки медицинского персонала. Более эффективное использование трудового потенциала, исключение дублирования, повышение самостоятельности в работе приводит не только к повышению отдачи от медицинских кадров, но и позволяет существенно снизить нагрузку на медицинские организации и их подразделения, в первую очередь, за счет ликвидации дублирования функций [3]. Увеличение самостоятельности среднего медицинского персонала является одним из направлений реформирования системы здравоохранения. Особое значение это имеет в системе медицинского обслуживания работников промышленных предприятий со сложным производственным циклом. К таким организациям можно отнести предприятия трубопроводного транспорта, когда работники находятся на большом удалении друг от друга и невозможно организовать централизованную систему оказания им медицинской помощи. Следовательно, существенную часть нагрузки по их медицинскому обслуживанию возлагается на небольшие по мощности филиалы медицинских организаций, работа в которых врачей на постоянной основе будет избыточно затратной и неэффективной.

Схожие организационные проблемы, но менее выраженные, наблюдаются в системе оказания медицинской помощи сельскому населению, в которой часть нагрузки возлагается на

фельдшерско-акушерские пункты. Данный подход подтвердил право на существование и способность обеспечить доступность медицинской помощи населению при низкой плотности населения. Однако, до настоящего времени при планировании необходимых объемов медицинской помощи самостоятельная деятельность среднего медицинского персонала не учитывается. Это приводит к игнорированию их роли в медицинском обслуживании населения и отсутствие внимания к совершенствованию технологий их деятельности.

Таким образом, реализация задачи по повышению доступности медицинской помощи работникам трубопроводного транспорта не может быть решена без учета при планировании необходимых объемов медицинской помощи использования сестринских технологий.

Список литературы

1. Курносиков, М. С. Возможности демографического анализа при оценке потребности населения в медицинской помощи / М. С. Курносиков, А. С. Гадаева, Э. Х. Сахибгареева, И. Л. Сопова // Вестник стоматологического института. – 2011. – № 2. – С. 14–17.
2. Хабриев, Р. У. Стратегии охраны здоровья населения как основа социальной политики государства / Р. У. Хабриев, А. Л. Линденбратен, Ю. М. Комаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 3. – С. 3–5.
3. Хетагурова, А. К. Паллиативная помощь : медико-социальные и организационные аспекты / А. К. Хетагурова, С. Н. Черкасов, Е. В. Полевиченко, Н. В. Эккерт, В. В. Руанет. – М., 2011. – 328 с.
4. Черкасов, С. Н. Анализ динамики заболеваемости как элемент планирования потребности в медицинской помощи / С. Н. Черкасов, М. С. Курносиков, Э. Х. Сахибгареева, И. Л. Сопова // Высшее сестринское образование в системе Российского здравоохранения : мат-лы российской научно-практической конференции

с международным участием. – Ульяновск, 2010. – С. 32–36.

5. Черкасов, С. Н. Анализ потребности как основа планирования объемов высокотехнологичных видов медицинской помощи пациентам с заболеваниями костно-мышечной системы в городе Москве / С. Н. Черкасов, Л. В. Кудряшова, К. А. Егиазарян // Российская академия медицинских наук: бюллетень НИИ Общественного здоровья им. Н. А. Семашко. – 2015. – Вып. 4–5. – С. 199–205.

6. Черкасов, С. Н. Возможности моделирования объемов медицинской помощи по данным демографического анализа / С. Н. Черкасов, М. С. Курносиков, И. Л. Сопова // Наука и практика: партнерство в реализации стратегии национального здравоохранения в регионе. – Самара, 2015. – С. 309–312.

7. Шипова, В. М. Современные проблемы планирования медицинской помощи / В. М. Шипова, Т. Н. Воронцов // Российская академия медицинских наук : бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2014. – № 1. – С. 306–310.

8. Щепин, В. О. Современные демографические тенденции в Российской Федерации / В. О. Щепин, Т. И. Расторгуева, О. Б. Карпова // Российская академия медицинских наук : бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 2. – С. 10–13.

С.Н. Черкасов, А.Р. Сараев, А.Ю. Костикова

*ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени
Н.А.Семашко» (г. Москва)*

ОРГАНИЗАЦИЯ ОПЛАТЫ ТРУДА СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Состояние общественного здоровья является важнейшим экономическим и социальным потенциалом страны. Однако существующий уровень здоровья населения не отвечает критери-

ям развития современного цивилизованного общества. Такое положение связано как с социально-экономическими переменами, так и с накопившимися проблемами в системе здравоохранения. На рубеже XX–XXI вв. в России формируются основы новой государственной политики в области охраны здоровья населения, которая направлена на повышение ответственности государства за здоровье народа, поддержку государственного здравоохранения федерального, регионального и муниципального уровня [4, 7].

Одним из важнейших факторов мотивации медицинских работников к повышению качества оказываемых ими услуг является уровень заработной платы [1, 8, 9]. На протяжении многих десятков лет в России размеры заработной платы медицинских работников составляют всего 60–75 % от среднего уровня оплаты труда по России, несмотря на более высокую сложность подготовки специалистов в здравоохранении, социальную значимость их работы, особые психологические аспекты работы в учреждениях здравоохранения, чем в экономике в целом. При этом низкая заработная плата медицинских работников на уровне прожиточного минимума не создает ни эффективной трудовой мотивации – главного условия сохранения трудоспособного населения страны, ни потребительского спроса – главного условия развития экономики.

Заработанную плату можно определить как денежное вознаграждение за выполнение определенного задания, объема работы или служебных обязанностей в течение определенного времени [2]. Однако существующие критерии эффективности, результативности и производительности труда медицинского работника настолько размыты, что оценивать их можно преимущественно с позиций субъективизма при отсутствии критерий оценки трудовых затрат работников [6]. Существующие в здравоохранении системы учета не отражают вклад каждого медицинского работника в конечный результат труда, что является проблемой на пути перехода на дифференцированную оплату труда в системе здравоохранения [5].

Основным нормативными документами, регламентиру-

ющими вопросы оплаты труда в Российской Федерации, наряду с Конституцией РФ, являются: Трудовой кодекс РФ, Гражданский кодекс РФ, Налоговый кодекс РФ, Уголовный кодекс РФ, а также законы, принятые по различным аспектам социально-трудовых отношений. Их основные положения должны отражаться в региональных законодательных и нормативных актах и положениях. Действующая система законодательства в области регулирования и оплаты труда, была сформирована под влиянием сложившихся ранее социально-трудовых отношений, а также общепризнанных принципах и нормах международного права.

Регулирование заработной платы является частью системы управления экономикой страны, представляющей собой иерархическую структуру, разделенную на уровни, в качестве которых выбраны территориальные и отраслевые системы, включающие локальные подсистемы управления предприятиями и организациями.

На федеральном уровне государственное регулирование заработной платы непосредственно связано с действующей системой законодательства.

На региональном уровне государственное регулирование оплаты труда получает свое отражение в системе социального партнерства через региональное соглашение и нормативно-правовые акты, и принятые на уровне субъектов Федерации и муниципальных образований.

На уровне организаций и предприятий действуют инструкции и положения, связанные с функционированием работников в производственном процессе, локальные нормативные документы по оплате труда (Положения об оплате и премировании работников, Положения о персонале, тарифные сетки, коллективные договоры и пр.), разрабатываемые с учетом нормативно-правовых положений высших уровней управления.

Оплата труда медицинских работников бюджетных учреждений здравоохранения строится на основе тарифных ставок и выплат компенсационного (доплаты, связанные с режимом и условиями труда) и стимулирующего характера (надбавки за высококачественную и высокоэффективную работу). Однако в

действующем положении об оплате труда работников здравоохранения не содержится научно обоснованных рекомендаций о размерах доплат и надбавок, правил их оформления и условий выплат.

В настоящее время применяются две основные формы оплаты труда среднего медицинского персонала: повременная и сдельная. Однако отсутствие четких технологических разграничений в деятельности медицинской сестры и методик измерения объема труда медицинских работников среднего звена не создает условий для внедрения дифференцированной оплаты их труда.

Дифференцированная система оплаты труда дополнительно к системе по тарифной сетке возможна при условии существенного превышения фонда оплаты труда над фондом заработной платы. Такая возможность у лечебно-профилактических учреждений появилась после перехода на работу в условиях обязательного медицинского страхования, когда фонд оплаты труда стал формироваться как оплата за реальные результаты их деятельности, а не в соответствии со штатным расписанием. Данный подход обеспечивает большую социальную защищенность работников в результате сохранения оплаты труда по единой тарифной сетке, а дополнительные выплаты стимулируют работников на улучшение количественных и качественных показателей работы.

В.Ю. Семенов с соавторами [3] считают, что существует универсальный принцип, когда оплата труда должна соответствовать его количеству и качеству, а лечебные учреждения должны получать деньги от государства не за факт существования их в природе, а за качество и количество оказанных медицинских услуг. Однако ни наука, ни практика пока не способны объективно и точно измерить количество и качество труда, затраченного работником на выполнение определенной работы. Внедрения метода нормирования оплаты труда работников, занятых в здравоохранении, является наиболее перспективным направлением на ближайший период.

Предлагаемые бестарифные системы оплаты труда ме-

дицинских работников оценить можно на основе зарубежного опыта. Анализ зарубежной литературы позволяет выделить три основных способа оплаты труда врачей: гонорарный метод – выплачивается гонорар за оказанную услугу, подушевой метод – оплата за количество прикрепленных за врачом больных и по твердым ставкам заработной платы. Обзор систем оплаты труда медицинских работников в развитых странах, свидетельствует о том, что ни одна из существующих систем не является идеальной. Если подушевая система оплаты труда и фиксированный оклад способны решать проблемы качества медицинской помощи населению на макроуровне, влияя на доступность ее, профилактическую направленность и достоверность медицинской информации, то гонорарная система оплаты обеспечивает высокое качество отдельных медицинских услуг, снижая при этом значимость профилактической работы. Разработка смешанных схем оплаты труда медицинских работников, которые внедряются в практику европейских стран затрудняется отсутствием данных о ее эффективности.

Системы оплаты труда и ее уровень может оказывать влияние и на психологический климат в профессиональном коллективе. По результатам проведенных анкетных опросов сотрудников медицинских учреждений выявлены латентные внутриличностные конфликты в медицинском социуме. При достаточно высокой оценке своего труда подавляющее большинство респондентов (более 90 %) отмечают несоответствие оплаты труда и трудовых затрат, указывая на низкую заработную плату, обманутые ожидания.

Таким образом, одним из важнейших факторов мотивации медицинских работников к повышению качества оказываемых ими услуг является уровень заработной платы в лечебно-профилактических учреждениях. Каждая из существующих систем оплаты труда медицинских работников имеет свои достоинства и недостатки. Можно однозначно утверждать, что, несмотря на многочисленные исследования и попытки создания оптимальной системы оплаты труда работников здравоохранения и, в частности, медицинских сестер, вопрос оплаты труда

медицинских работников остается остро актуальным и недостаточно изученным с точки зрения полноценной реализации основных функций заработной платы, и в первую очередь воспроизводственной, что определяет необходимость научного изучения путей совершенствования социально-экономического механизма оплаты труда медицинских работников.

Список литературы

1. Гайдаров, Г. М. Системы дифференцированной оплаты труда / Г. М. Гайдаров, С. Н. Смирнов, И. С. Кицул, Н. И. Абашин // *Здравоохранение*. – 2000. – № 2. – С. 57–67.
2. Самуэльсон, П. Экономика / П. Самуэльсон. – М., 1997. – 735 с.
3. Семенов, В. Ю. Совершенствование системы оплаты труда врачей участковой терапевтической службы / В. Ю. Семенов, А. Н. Гуров, О. В. Павлова, Н. А. Катунцева // *Здравоохранение : журнал для руководителей и главных бухгалтеров*. – 2009. – № 1. – С. 38–45.
4. Стародубов, В. И. Механизмы эффективного реформирования финансирования в здравоохранении / В. И. Стародубов. – М., 2007. – 287 с.
5. Черкасов, С. Н. Мотивационные аспекты новой системы оплаты труда в здравоохранении / С. Н. Черкасов, А. Р. Сараев // *Саратовский научно-медицинский журнал*. – 2009. – Т. 5, № 4. – С. 524–526.
6. Черкасов, С. Н. Оценка значимости мотивационных установок к труду у участковых медицинских сестер / С. Н. Черкасов, А. Р. Сараев // *Сестринское дело (научный выпуск)*. – 2010. – № 7. – С. 20–24.
7. Щепин, О. П. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О. П. Щепин, В. И. Стародубов, А. Л. Линденбратен, Г. И. Галанова. – М., 2002. – 176 с.
8. Экономическое стимулирование мед. персонала ам-

булаторно-поликлинического учреждения : методическое пособие РАМН, НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко / под ред. А. Л. Линденбратена и др. – М., 2009. – 44 с.

9. Ямщиков, А. С. Мотивационные системы в медицинском учреждении при переходе на новую систему оплаты труда / А. С. Ямщиков, Е. А. Чепурная // Здравоохранение : журнал для руководителей и главных бухгалтеров. – 2009. – № 3. – С. 41–51.

С.Н. Черкасов, А.Ю. Костикова

Московский медицинский университет «РЕАВИЗ» (г. Москва)

МОТИВАЦИОННЫЕ УСТАНОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Проблемы повышения трудовой мотивации медицинских работников являются важнейшей функцией управления здравоохранением [2]. Без их решения вряд ли возможно реальное улучшение качества и культуры оказания медицинской помощи населению, а также повышение эффективности деятельности медицинских организаций (далее МО) и отрасли в целом на основе рационального использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов [8].

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 [1].

Мотивация – это побуждение человека к деятельности,

которая определяется наличием потребностей и созданием условий для их реализации и получения результата. Понятие мотивации труда в экономическом смысле появилось сравнительно недавно. Ранее понятие мотивации заменялось понятием стимулирование и употреблялось в основном в педагогике, социологии, психологии [5].

Мотивация профессиональной деятельности сестринского персонала – одна из самых актуальных проблем современного здравоохранения. Престиж профессии медицинской сестры в обществе падает. Сестринский персонал в большей части своей неудовлетворен своим трудом, системой оплаты, поэтому качество оказания медицинской помощи снижается.

Как показывает ряд исследований [3, 6, 7], финансовые аспекты стимулирования персонала далеко не всегда занимают лидирующие позиции. Опрос медицинских сестер, проведенный в 2009 г., показывает, что около 30 % персонала не согласны продолжать работу на тех же условиях. Это говорит о том, что для сохранения персонала необходимы перемены, как в системе оплаты труда, так и в структуре управления сестринским персоналом [4].

Целью исследования стало выявление основных мотивационных установок медицинских сестер, работающих в государственных медицинских организациях поликлинического типа.

Всего в опросе приняло участие более 100 сотрудников. Анкетирование проводилось анонимно.

Большинство персонала в государственных медицинских учреждениях составляют женщины от 20 до 30 лет, замужние, имеющие среднее специальное образование. Удельный вес мужчин 5,8 %. В целом удовлетворены своей работой 55 % респондентов, не удовлетворены 39 %, затруднились ответить 4 %.

В государственных медицинских учреждениях, согласно анализу факторов трудовой активности, влияющих на выбор места работы и планирование долгосрочной трудовой деятельности, на ведущих местах располагаются: фактор материального обеспечения, фактор морального стимулирования и трудовой

настрой коллектива. Наименее значимыми факторами являются социально-экономическая ситуация в стране, административное воздействие.

При анализе самых важных характеристик работы приоритеты распределяются следующим образом: наиболее значимые категории – низкая напряженность труда, благоприятный психологический климат, возможность улучшить свои жилищные условия. Высокая заработная плата находится примерно в середине категорий потребностей. Наименее значимой характеристикой работы является обеспечение оргтехникой и разнообразие работы. В ходе опроса выявлено, сотрудники не всегда готовы работать интенсивно, но для них крайне важен психологический климат. При этом разнообразие выполняемой работы не имеет значения.

В ходе данного опроса выяснилось, что явной доминанты материального фактора стимулирования в государственных медицинских учреждениях нет, так как факторы психологического комфорта и разнообразие работе по всем параметрам опроса занимают ведущее место. В целом для отрасли характерны страх перед потерей работы. Присутствует высокая степень заинтересованности в улучшении жилищно-бытовых условий. Престиж профессии очень важен для сотрудников государственных учреждений.

Таким образом, можно сделать вывод, что при относительно невысоком уровне заработной платы у этой категории медицинских работников возможно поддержание достаточно высокого уровня мотивации, при акценте на нематериальные факторы, что позволяет поддерживать оптимальные условия труда как с точки зрения социального, так и психологического подхода.

Список литературы

1. Жаворонков, Е. П. Управление организационной культурой : учебное пособие / Е. П. Жаворонков. – Новосибирск, 2009. – 154 с.

2. Жаворонков, Е. П. Факторы мотивации труда медицинских сестер в лечебно-профилактических учреждениях / Е. П. Жаворонков, Ю. О. Ким, Т. Г. Николаева, Н. В. Куликова // Медицина и образование в Сибири. – 2012. – № 2.

3. Маслоу, А. Мотивация и личность : пер. с англ. / А. Маслоу. – СПб., 2010. – 352 с.

4. Сараев, А. Р. Анализ системы оплаты труда врачебного персонала медицинских учреждений в рамках программы модернизации здравоохранения / А. Р. Сараев, С. Н. Черкасов // Проблемы развития предприятий: теория и практика: мат-лы 13-й Международной научно-практической конференции / отв. ред. С. И. Ашмарина. – Самара, 2014. – С. 51–55.

5. Черкасов, С. Н. Мотивационные аспекты новой системы оплаты труда в здравоохранении / С. Н. Черкасов, А. Р. Сараев // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5, № 4. – С. 524–526.

6. Черкасов, С. Н. Организационные принципы оплаты труда в здравоохранении / С. Н. Черкасов, А. Р. Сараев, С. В. Черкасова // Сестринское дело. – 2013. – № 1. – С. 8.

7. Черкасов, С. Н. Оценка значимости мотивационных установок к труду у участковых медицинских сестер / С. Н. Черкасов, А. Р. Сараев // Сестринское дело (научный выпуск). – 2010. – № 7. – С. 20–24.

8. Экономическое стимулирование мед. персонала амбулаторно-поликлинического учреждения : методическое пособие РАМН, НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко / под ред. А. Л. Линденбратена и др. – М., 2009. – 44 с.

Н.В. Милехина, А.Р. Сагдеева, Н.Г. Полякова, С.В. Горянин

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОТИВАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ-РУКОВОДИТЕЛЯ

Работа медицинской сестры-руководителя является залогом успеха деятельности сестринских служб ЛПУ и системы здравоохранения в целом, обеспечивая повышение качества медицинской услуги и эффективности здравоохранения. К важнейшим критериям ценности медицинской сестры как руководителя относится ее управленческая компетентность, лидерские качества, коммуникативные способности, оптимизм. Достижению целей медицинской организации способствует эффективная организация работы сестринских служб (рациональная расстановка кадров, перераспределение функций между средним и младшим медицинским персоналом, планирование работы, снижение непроизводственных затрат рабочего времени и т.д.). В настоящее время важное место отводится роли руководителя сестринского персонала [1, 2, 3].

В работе предпринята попытка проанализировать меры мотивации медицинской сестры-руководителя при помощи социологического опроса. Объектом исследования являлись главные и старшие медицинские сестры лечебных учреждений Астрахани в количестве 2 000 человек, среди которых 70,7 % медицинских сестер имели возраст 41–50 лет, 26 % – старше 50 лет, 13,3–31–40 лет. Среди опрошенных 95,2 % медицинских сестер имели стаж работы более 10 лет, 5 % – стаж работы 5–10 лет. Стаж работы медицинских сестер в данной медицинской организации составлял: 72,7 % более 10 лет, 20,5 % – 5–10 лет, 6,8 % – менее 5 лет.

Данные социологического опроса свидетельствовали о том, что заработная плата медицинских сестер соответствовала 70,5 % – высшей категории, 25 % – первой категории. Среди опрошенных 74,4 % респондентов получали стимулирующие надбавки за интенсивность труда, 25,6 % – за интенсивность

труда и вредность, 56,8 % медицинских сестер получали материальные поощрения, 43,2 % – не получали. Среди опрошенных 57,1 % получали материальные поощрения в виде оплаты лечения и диагностики по месту работы, 28,6 % – скидки на манипуляции в данном ЛПУ, 14,3 % – 50 % оплаты санаторно-курортного лечения.

Продолжительность отпуска у 66,7 % опрошенных составляла больше 28 дней, 31 % – 28 дней. Среди всех респондентов 56,8 % использовали весь отпуск в году, 36,4 % – частично, 6,8 % – не используют.

Кроме мер материальной мотивации персонала медицинской сестрой-руководителем были выделены и меры нематериальной мотивации: поощрения за участие в обучающих семинарах, конкурсах, за отличные результаты в работе и т.д. Среди опрошенных старших медицинских сестер, систематически принимавших участие в семинарах, конкурсах имели поощрение 20,9 % опрошенных, остальные – не были отмечены руководством ЛПУ. Тем не менее среди всех опрошенных было отмечено 100-процентное участие в семинарах медицинских сестер-руководителей, участвовавших как более 3 раз в год (75 %), так и 1 раз в год (25 %). Участие в семинарах и мастер-классах происходило как в качестве слушателя (81,8 %), так и в качестве лектора (мастера) (18,2 %).

К методам нематериальной мотивации можно отнести и участие медицинских сестер-руководителей в комиссиях по оценке качества оказания сестринской помощи, предполагающей наличие у экспертов достаточного уровня знаний и навыков, знания стандартов сестринской помощи, критериев оценки качества сестринской помощи и построение системы материального стимулирования при начислении заработной платы сестринскому персоналу. В процессе опроса было выявлено, что активное участие в таких комиссиях принимали участие 22,7 % респондентов, 70,5 % которых выдвигали предложения по улучшению уровня качества сестринской помощи. Оставшиеся 77,3 % опрошенных не участвовали в такого рода комиссиях, и именно их можно считать существенным резервом в повышении

уровня качества оказания сестринской помощи и предметом дальнейшего анализа мер мотивации сестринского персонала медицинской организации.

Список литературы

1. Огуль, Л. А. Менеджмент качества в родильном доме / Л. А. Огуль, Н. В. Горелова, М. А. Шаповалова, Н. В. Милехина // Российская академия медицинских наук : бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 1. – С. 259–261.

2. Шаповалова, М. А. К вопросу о качестве сестринской помощи в родильном доме / М. А. Шаповалова, Н. В. Горелова, Н. В. Милехина, И. А. Кашкарова // Современная российская наука глазами молодых исследователей : мат-лы III Международной научно-практической конференции молодых ученых и специалистов. – Красноярск, 2013. – С. 293–298.

3. Шаповалова, М. А. Профессиональная культура как фактор формирования нового персонала ЛПУ / М. А. Шаповалова, В. П. Аношко // Сестринское дело. – 2010. – № 7. – С. 18.

В.П. Аношко

ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДОМУ – УНИКАЛЬНЫЙ АСПЕКТ АМБУЛАТОРНОГО СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Одной из основных задач российского здравоохранения и деятельности любой медицинской организации является повышение качества, безопасности и доступности медицинской помощи населению.

Перемены, произошедшие в здравоохранении, постоянно повышают потребность в помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и на дому.

Эти перемены требуют хорошо подготовленный сест-

ринский персонал, оказывающий помощь в амбулаторно-поликлинических условиях.

Амбулаторная помощь, оказываемая сестринским персоналом, является на сегодняшний день более широким понятием в оказании сестринского ухода на дому, сестринской помощи в школах, здравпунктах на промышленных предприятиях, учебных заведениях, хосписах, приютах, различных центрах одного дня, дневных стационарах, женских и детских консультациях, ФАПах.

Сестры, фельдшера, акушерки, работающие в сегодняшних условиях амбулаторно-поликлинической службы, оказывают нередко помощь без поддержки и непосредственного руководства со стороны других медработников.

Они самостоятельно проводят гибкую политику, адаптируют к переменам в различных вариантах образа жизни и условиям проживания, принимают независимые решения, являясь высокопрофессиональными специалистами, и владеют необходимыми навыками оказания помощи отдельным пациентам и семьям. Так как помощь в основном оказывается по месту жительства работа сосредотачивается на укрепление и поддержку здоровья отдельных лиц и групп людей, которым проводится профилактика заболеваний и укрепление здоровья, особенно пожилым людям, а это обучение самопомощи, санитарное просвещение, касающееся здорового образа жизни, предотвращение утраты функции и независимости – это профосмотры и минимизация деградации и улучшения качества жизни.

Сейчас, как никогда из-за недостаточности сестринских отделений ухода востребовала сестринская помощь на дому. Это прогрессивный аспект амбулаторного сестринского дела.

Сестры оказывают больным на дому квалифицированный сестринский уход после выписки их из стационара, обеспечивают преемственность ухода, обучая родственников. Ведут динамическое наблюдение за пациентами с заразными заболеваниями, лицам, страдающим хроническими заболеваниями, инвалидами, требующими помощь и просветительскую работу как самим пациентам, так и их семьям.

Пожилые люди – наиболее частые пользователи услуг так, как могут не выходить из дома, и требуют как квалифицированного сестринского ухода, так и психологическую помощь.

К сестринским вмешательствам по оказанию помощи на дому относятся внутривенная терапия и инъекции, парентеральное питание, введение катетров, уход за пролежнями, ранами, стомами, а также обучение членов семьи, и консультирование их по вопросам правильного питания, лечебной гимнастике, профилактики стресса, так как состояние пациента отражается на жизни всей семьи, в которой он живет.

Важно, чтобы медицинская сестра была подготовлена к визиту и понимала, как информировать пациента, оценить его состояние, состояние его родственников, осуществляющих уход, о возможных опасностях, неподходящих санитарно-гигиенических условиях, пожароопасности, а также ожидаемых действиях, которые могут решить проблемы пациента, направленные на повседневный уход и создание пациенту оптимально возможных условий пребывания на дому (тишина, покой, уют).

От этого будут зависеть и дальнейшие визиты медицинских сестер к данному пациенту, так как оценка состояния здоровья и окружающей домашней среды очень важный фактор безопасности.

Так какая должна быть подготовка сестринского персонала для оказания лишь маленького направления в амбулаторно-поликлинической службе, оказания помощи на дому. А ведь есть еще работа в самой поликлинике, где к обязанностям сестринского персонала относится работа с врачом на приеме, диспансеризация, перепись населения, проведение скрининговых осмотров пациентов, проведение образовательных программ, профилактические осмотры, профилактика здорового образа жизни, оценка факторов риска для здоровья, вопросы реабилитации, проблемы психологического плана и многое другое.

Эффективность работы системы здравоохранения, качество оказываемой медицинской помощи зависит от обеспеченности медицинскими работниками со средним и высшим образованием лечебно-профилактических организаций.

Требования к уровню подготовки направлено на формирование профессиональных компетенций и клинического мышления, так же требуется опыт и принятие самостоятельных решений. Уровень оказания качественной медицинской помощи заставляет принимать ответственные решения исходя из умений, навыков, практики, личного развития, профессиональных компетенций, это должно быть высшее образование. А получив высшее образование, сестринский персонал должен найти свое место в лечебно-профилактических учреждениях, должны обучать своих коллег, делиться опытом, знаниями, владеть высоким уровнем психологической устойчивости, милосердием, быть коммуникабельными, конструктивными, обладать экспрессивностью, то есть уметь выражать свои мысли, чувства, взгляды, а когда нужно скрывать их. Самое главное – обладать организаторскими способностями.

Именно практикующие медицинские сестры являются носителями знаний, ценностей, культуры и профессиональной этики. Это сущность, которая дает опору передачи взаимной ответственности перед нашими пациентами.

Одной из задач совершенствования сестринской деятельности должны быть требования к профессионализму и ответственности сестринского персонала. Медицинские сестры в ЛПО должны иметь четкий круг функциональных обязанностей, с учетом потребностей пациентов и своей профессиональной подготовки.

Важной проблемой является организация своей работы на всех уровнях оказания медико-санитарной – социальной помощи. И это, мы знаем, требует создания стандартов профессиональной деятельности, что реализуется сейчас за счет «Технологий простых медицинских услуг».

К сожалению, до сих пор, не сформирована единая модель сестринской деятельности в России. Каждый регион разрабатывает свою концепцию, в зависимости от уровня социально-экономического развития состояния местного здравоохранения, обеспеченности кадрами и работы активистов со стороны региональных ассоциаций и образовательных учреждений. Меди-

цинские сестры с высшим сестринским образованием, бакалавры, должны работать менеджерами в поликлиниках, и направлять деятельность медицинских сестер и врачей как единую команду. Их деятельность должна быть направлена на организацию работы в геронтологии, паллиативной помощи, педиатрии, школ здоровья семьи, женщин, мужчин, обучение своих коллег. Менеджер – это еще и наставник, обучение своих коллег. Менеджер – это еще и наставник.

Медицинские сестры способны играть важную роль в функционировании амбулаторно-поликлинического учреждения. Надо признать, что кризис в системе здравоохранения сыграл свою положительную роль в развитии профессии медицинской сестры в России и вызвал необходимость в переоценке значимости вклада в процесс оказания качественной медицинской помощи населению, соответствующей нуждам здоровья людей.

Для этого необходимо изменить федеральные законы, придать самостоятельный статус роли медсестры, перестроить концепцию традиционной роли медсестры и подвести научную основу для сестринского ухода за пациентами.

А.М. Рогоза

ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России

ОРГАНИЗАЦИЯ МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ И ПОДГОТОВКИ СЕСТРИНСКИХ КАДРОВ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

К медицинским работникам среднего звена предъявляются повышенные требования, происходит изменение их статуса, расширение зоны профессиональной деятельности, перераспределение обязанностей между сестрой и врачом. А для того чтобы эти знания и умения были высокого качества и отвечали запросам времени, нужна эффективная система образования.

В настоящее время в России происходят серьезные изменения в системе среднего (СПО) и высшего профессионального образования (ВПО) для обеспечения повышения качества образования выпускников. Сформирована многоуровневая система подготовки, введены новые государственные образовательные стандарты, которые основаны на принципиально новом подходе к профессиональной деятельности сестринского персонала. Однако, по-прежнему, между практическим здравоохранением и СПО сохраняются диспропорции в подготовке и совершенствовании средних медицинских и фармацевтических работников наряду с постоянно возрастающими темпами модернизации и реформирования сестринской деятельности в медицинских организациях.

Все также необходима разработка новых, перспективных форм организации подготовки специалистов сестринского дела, отражающих системный комплексный подход в совершенствовании последипломного обучения сестринского персонала и формирование прочных связей между наукой, практикой и образованием.

При создании программ необходимо учитывать квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения, а также профессиональные стандарты деятельности медицинских сестер, которые, в свою очередь, не соответствуют потребностям населения и рынка услуг и требуют доработки. Поэтому важным является интеграция образовательных и медицинских организаций в целях непрерывного обучения и профессионального развития сестринских кадров.

Многоуровневая система включает в себя четыре профессионально-образовательных уровня:

- базовый (основной) уровень в колледжах и училищах (включает подготовку медицинских сестер общего профиля, отвечающим современным требованиям);
- повышенный (углубленный) уровень в колледжах (актуален для специалистов, имеющих базовое образование и занимающих должности руководителей среднего звена);
- высшее сестринское образование в вузах (направлен

на подготовку высококвалифицированных кадров, имеющих подготовку управленческой, экономической и профилактической направленности);

- дополнительное профессиональное образование.

Совершенствование профессионального образования предусматривает развитие педагогических технологий и учебно-методического обеспечения специалистов по всем уровням и формам обучения. Для достижения качества образования необходимо привлекать к педагогической деятельности практикующих медицинских сестер, а также изменить форму проведения клинической сестринской практики, приблизив ее к реальным условиям будущей работы выпускника базового уровня образования;

К сожалению, в отечественной практике среднего медицинского образования отсутствовала специальная подготовка преподавателей для медицинских училищ и колледжей. Предполагалось, что любой врач может квалифицированно обучить медсестру, фельдшера или акушерку и для этого ему не обязательно быть специалистом сестринского дела, знать основы педагогики и владеть методикой преподавания этих дисциплин. Это привело к тому, что в настоящее время медсестер обучают выпускники медицинских институтов, имеющие врачебную квалификацию, но не являющиеся специалистами сестринского дела.

В целях удовлетворения потребности средних медицинских учебных заведений в преподавательских кадрах, необходимо:

- планировать специальную подготовку преподавательских кадров на факультетах ВСО, в системе ДПО в соответствии с потребностью медицинских училищ и колледжей;
- при подготовке преподавателей сестринского дела учитывать предшествующий опыт и профиль работы медицинских сестер в медицинских организациях;
- в качестве преподавателей шире привлекать выпускников факультетов ВСО медицинских вузов;
- проводить целенаправленную работу по формиро-

ванию у студентов факультетов ВСО мотивации выбора психолого-педагогического направления профессиональной деятельности.

Особое внимание необходимо уделить развитию ВСО, формирующему потенциал для научных исследований в области сестринского дела и обеспечивающему высококвалифицированные управленческие и педагогические кадры, призванные в значительной степени определить уровень и качество сестринской помощи в нашей стране в будущем.

Бакалавры – это будущие медицинские сестры для высокотехнологичной помощи, медицинские сестры, работающие автономно: школьная медицина, профессиональная медицина; медицинские сестры общественного здравоохранения – специалисты по укреплению здоровья и профилактике.

При подготовке специалистов ВСО (бакалавров) можно выделить следующие направления их деятельности:

- больницы медсестринского ухода для пациентов, функционирующие по правилам дневного стационара;
- больницы медсестринского ухода для одиноких малообеспеченных пенсионеров (под эгидой отделов социальной защиты муниципалитетов);
- больницы сестринского ухода для длительно и часто болеющих детей (по примеру детских дневных стационаров).

В системе многоуровневого сестринского образования:

- преподаватель сестринского дела медицинских училищ и колледжей;
- организатор сестринского профессионального образования;
- преподаватель на кафедрах сестринского дела и ухода за больными в медицинских высших учебных заведениях;
- заведующая учебным отделением медицинских училищ;
- преподаватель дисциплины «Уход за больными» в медицинских лицеях (профориентация учащихся 9–11 классов);

В системе лечебно-профилактических учреждений:

- главная медицинская сестра больницы.
- руководитель сестринской службы клинического отделения больницы;
- менеджер по организации лечебного питания многопрофильной больницы;
- менеджер социальной помощи населению;
- директор хосписа, больниц и дневных стационаров сестринского ухода;
- менеджер лабораторно-диагностической службы;
- менеджер медицинской амбулатории в сельской местности (вместо прежних – ФАПов);
- менеджер по организации хозрасчетных поликлинических услуг;
- менеджер по организации дополнительных бытовых услуг пациентам больниц;
- заведующий отделением (кабинетом) медицинской профилактики;
- заведующий центром здоровья.

В соответствии с типологией непрерывного образования, предложенной ЮНЕСКО, выделяют следующие виды образовательной деятельности:

- формальное;
- неформальное;
- информальное образование.

Формальное образование основывается на обязательных или рекомендованных стандартах и осуществляется в специальных образовательных организациях (средние и высшие учебные заведения). Целью формального образования, как правило, является получение или изменение образовательного уровня и/или квалификации.

Неформальное образование ориентировано на конкретные темы или проблемы. Для него характерна самостоятельная организация образовательного процесса, его планирование самими обучающимися, а также внутренняя их ответственность за достигаемые результаты обучения.

Неформальное образование подразумевает мобильность и гибкость в организации и методах обучения в стремительно меняющихся условиях.

Информальное образование основывается на самообразовании, при котором поиск информации затрагивает профессиональные литературные источники, возможности Интернета, а также посещение конференций, семинаров, круглых столов.

Согласно проведенным исследованиям 69,3 % работников среднего звена Астраханской области являются приверженцами традиционной формы обучения (формальной) и лишь 25 % используют для профессионального роста все виды образований.

Для реализации НМО и профессионального развития у медицинских сестер существует достаточно большое количество различных вариантов, начиная от очного обучения в образовательной организации системы ДПО до использования современных образовательных технологий (дистанционное обучение, участие в модульно-накопительной системе). Можно говорить о том, что в современных условиях роль неформального и информального образования становится все более значимой. Однако сложившаяся практика свидетельствует о том, что наиболее востребованной и популярной формой пополнения и обновления знаний является обучение в системе ДПО, предлагающее традиционное повышение квалификации в форме аудиторного обучения 1 раз в 5 лет с отрывом или частичным отрывом от работы. Основной задачей системы ДПО является обеспечение и поддержание компетенций медицинских сестер.

Специальной подготовки, полученной при обучении в образовательных организациях, недостаточно для обеспечения необходимого уровня оказания медицинской помощи на протяжении всей профессиональной жизни. Знания и технологии выполнения медицинских услуг стремительно меняются, поэтому важным становится постоянное совершенствование и развитие профессиональной компетентности специалистов сестринского дела, поскольку именно такой работник, – компетентный, то есть обладающий суммой требуемых на рабочем месте компе-

тенций, и мотивированный на успешную работу, – может считаться эффективным сотрудником.

Так, согласно проведенным исследованиям, среди работников среднего звена организаций города Астрахани 37 % осуществляли деятельность по 4–6 профессиям (в сельской местности – 48 %). А более 6 профессий освоили 15,5 % сотрудников городских организаций и 11 % – сельских. Причем по стажу работы в одной профессии до 5 лет находились 44 % сотрудника г. Астрахани и 31 % – сельских организаций, до 10 лет – 24,5 и 23,5 %, соответственно. При смене профессии чаще 1 раза в 4 года требовалось обучение 21,5 % работникам астраханских организаций и 12,5 % – сельских. А чаще 1 раза в 2 года – 12,6 и 17 %, соответственно.

Разноплановая подготовка актуальна для аккредитации специалистов, которая будет осуществляться по окончании специалистами освоения основных образовательных программ, а также программ ДПО не реже 1 раза в 5 лет. Процедура аккредитации позволит определить соответствие готовности лица к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности в соответствии с установленными порядками и стандартами оказания медицинской помощи. Отличительная особенность аккредитации от сертификации – представление медицинским работником для экспертизы собранного им в течение 5-летней самостоятельной профессиональной деятельности портфолио, в котором будут аккумулироваться все документы, подтверждающие его участие в системе НМО.

Однако открытым остается вопрос об объективном учете всех образовательных мероприятий, в которых будет участвовать медицинский работник в процессе НМО.

К таким формам получения ДПО можно отнести все виды образовательной активности медицинских сестер:

- участие в работе научных, научно-практических конференций разных уровней (активное – представление доклада и пассивное – участие в качестве слушателя);
- участие в проведении мастер-класса по специально-

сти или его проведение;

- обучение на рабочем месте, наставничество, стажировка;
- обучение в симуляционных кабинетах, центрах;
- участие в конкурсах профессионального мастерства;
- разработка рекомендаций для пациентов;
- участие в разработке информационных или методических материалов;
- публикации в специализированных периодических изданиях и др.

Обучение в симуляционных кабинетах, центрах в последнее время приобретает все большую популярность. Использование симуляционных технологий позволяет достичь максимального реализма при отработке навыков ухода за пациентом, выполнении различных диагностических и лечебных манипуляций, особенно предполагающих высокие риски для пациента. Многократные повторения определенных действий позволяют добиться выработки умений и формирования устойчивого навыка, в том числе и для работы на сложном оборудовании.

При реализации НМО медицинских сестер как формального, так неформального и информального можно столкнуться с рядом проблем.

Так, несмотря на обилие наименований специальной медицинской литературы, периодических изданий для медсестер, их доступность и востребованность остается весьма незначительной, а профессиональный уровень материалов, размещаемых в некоторых печатных изданиях – недостаточным.

Аналогичные проблемы могут возникать и при использовании для самообразования интернет-ресурсов. Помимо проблем с достоверностью материалов, публикуемых в Интернете, возникают сложности с овладением специальными умениями и навыками, необходимыми для работы с интернет-ресурсами. Степень владения компьютерными технологиями исключительно важна и при использовании дистанционного обучения, которое может осуществляться в различных формах. Уровень ком-

пьютерной грамотности, согласно опросу, зависит от возраста пользователей. Среди работников среднего звена в возрастной категории от 41 до 50 лет составляет он 32,5 %, старше 51 года – 30 %.

Тем не менее, дистанционное обучение вполне результативно в случае, когда речь о повышении квалификации. Преимуществом является: экономия времени и денежных средств на ежедневные поездки и выбор удобного времени и темпа обучения, а также возможность обучения без отрыва от основной деятельности. 31,5 % работников астраханских больниц проработали в одной профессии более 10 лет (45,5 % – работники сельских организаций) и имеют только одну профессию 18 и 9 %, соответственно.

К числу проблем участия в программах НМО можно также отнести недостаточность мотивации медицинских сестер, что требует от руководителя определенных усилий по мотивации сотрудников.

Существенной проблемой может стать и система оценки эффективности НМО и профессионального развития специалиста: существующие методы и критерии недостаточно разработаны, зачастую носят описательный характер, что неизбежно приводит к субъективизму при оценивании, а их адекватность в ряде случаев может вызывать сомнения. Такой формой учета и оценки профессионального роста может стать портфолио специалиста [1].

Согласно исследованиям 70 % сотрудников Астрахани и 65 % работающих в селе меняли профессию, либо переходили из одной организации в другую. Учитывая тот факт, что при смене профессии или условий работы специалисту приходится либо приобретать новые компетенции, либо осваивать новую медицинскую технику, актуальной остается подготовка на рабочем месте, которую можно определить как повышение уровня компетенций сотрудника без отрыва от его профессиональной деятельности через непрерывную практику и взаимодействие с более опытным наставником.

Обучение на рабочем месте обладает рядом достоинств,

к числу которых можно отнести:

- экономическую эффективность, поскольку затраты на организацию и поддержание такой системы обучения оказываются значительно меньшими, чем при традиционных методах профессионального развития персонала;
- возможность передачи часто уникального опыта наставника;
- возможность построения индивидуальной образовательной траектории, учитывающей потребности и запросы конкретного сотрудника в приобретении новых знаний.

Однако при организации обучения на рабочем месте важно учесть, что, помимо ответственности самого обучаемого, существенная доля ответственности за успешность обучающих мероприятий ложится на руководителя соответствующей службы – старшую/главную медицинскую сестру или руководителя учебно-методического центра.

Существенную роль в обеспечении НМО и профессионального развития, повышения его эффективности способны и должны сыграть руководители сестринских служб, поскольку к их должностным обязанностям относятся и вопросы ДПО медицинских сестер, и организация обучения на рабочем месте. Особенно это необходимо в процессе приобретения смежных профессий.

Следует отметить, что обучение вне рабочего места более эффективно, имеет большую теоретическую направленность, дает разностороннюю подготовку и умение работать с новыми видами медицинского оборудования, но требует материальных затрат. Однако при внутреннем обучении разрабатываются и реализуются программы, адаптированные к специфике конкретной организации. Для преподавания выбираются лучшие специалисты организации. Обучение работников непосредственно на рабочем месте носит оперативный и всегда вполне конкретный характер, так как обучение ориентировано, прежде всего, на освоение конкретного трудового процесса, выполнение конкретной работы. Этот тип обучения не требует больших расходов и сокращает период адаптации специалиста.

Воспитание и обучение специалиста на рабочем месте в виде наставничества остается актуальной формой повышения качества сестринской помощи, и его значение признают 96,8 % сестринских руководителей с высшим образованием (9,22 %).

Непрерывное медицинское образование (НМО) можно охарактеризовать как образовательный процесс, способствующий постоянному (ежедневному) обновлению знаний, умений и навыков медицинскими работниками с целью развития компетенций или повышения квалификации.

Для повышения эффективности деятельности образовательных учреждений СПО, возрастания роли специалистов сестринского дела, как важнейшего ресурса в обеспечении оказания медицинской и медико-социальной помощи, предстоит решить ряд вопросов. Необходимо проработать вопрос о проведении итоговой государственной аттестации выпускников учреждений среднего профессионального образования по единым требованиям и в единые сроки. Требуется завершить учебно-методическое обеспечение образовательного процесса. Чрезвычайно важным остается вопрос развития материально-технической базы образовательных учреждений, информатизация образования, оптимизация методов обучения, обеспечение учебной литературой, совершенствование системы ДПО.

Список литературы

1. Волков, С. Р. Обеспечение непрерывного образования и профессионального развития специалистов сестринского дела как один из важнейших ресурсов повышения качества медицинской помощи / С. Р. Волков, М. М. Волкова / Главная медицинская сестра. – 2015. – № 8. – С. 24–29.
2. Хетагурова, А. К. Опыт организации дистанционного обучения с использованием современных информационных технологий / А. К. Хетагурова, С. Н. Черкасов, Д. О. Мешков, Е. А. Берсенева / Инновационные подходы в системе непрерывного медицинского образования ординаторов : мат-лы в межрегиональной научно-практической конференции. – Астрахань, 2015. – С. 42–48.

3. Шаповалова, М. А. Профессиональная культура как фактор формирования нового персонала ЛПУ / М. А. Шаповалова, В. П. Анопко // Сестринское дело. – 2010. – № 7. – С. 18.

Н.Н. Дерябина, С.А. Вешнева

ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава

О ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ НАСЕЛЕНИЮ

Цены и тарифы на платные медицинские услуги утверждаются с учетом рентабельности, в соответствии с себестоимостью затрат на их оказание согласно «Методических рекомендаций по формированию и применению сводных цен и тарифов на продукцию, товары и услуги «Министерства экономики РФ от 06.12.95 г. № СИ-484/7-982». В структуре источников финансирования предпринимательская деятельность занимает третье место, уступая первенство ОМС и бюджету [1–4].

Общий объем оказываемых платных медицинских услуг можно условно подразделить на 2 группы:

- услуги населению;
- услуги для предприятий и организаций – 1/3.

При этом основную часть доходов – 2/3 от общего объема платных медицинских услуг составляют услуги, оказанные населению.

Оставшуюся часть объема занимают предприятия и организации 1/3.

Детальное рассмотрение структуры затрат предварительных и периодических медицинских осмотров показало, что на первом месте находились клинико-диагностические исследования, составляя 3,9 %, на втором месте – стоматологические услуги (3 %), на третьем – услуги нарколога (1 %), на четвертом – услуги терапевта и физиотерапевта (по 0,7 %), на пятом – услуги офтальмолога и рентгенологические исследования (по 0,6 %), на шестом – невролога (0,34 %), на седьмом – функциональные исследования, ультразвуковое исследование, эндоско-

пические исследования (по 0,2 %).

В доле платных медицинских услуг, наиболее востребованных населением, лидирующее положение занимали услуги параклинических подразделений: клиничко-диагностические, функциональные, ультразвуковые, рентгенологические, эндоскопические исследования, составляя в совокупности 46 %.

Таким образом, платные медицинские услуги продолжают оставаться неотъемлемой частью современной системы здравоохранения, играя важную роль как в процессе повышения доступности медицинской помощи населению, предприятиям и организациям, так и в качестве дополнительного источника финансирования для медицинских учреждений, что особенно актуально в кризисный и посткризисный периоды развития национальной экономики.

Список литературы

1. Корецкая, Л. Р. Анализ деятельности неврологического стационара в негосударственном учреждении здравоохранения / Л. Р. Корецкая, М. А. Шаповалова // Главный врач : хозяйство и право. – 2011. – № 6. – С. 37–41.
2. Огуль, Л. А. Планирование стратегий ЛПУ / Л. А. Огуль, В. П. Анопко, М. А. Шаповалова // Наука Красноярья. – 2012. – № 5.– С. 60–68.
3. Шаповалова, М. А. Условия реформирования здравоохранения / М. А. Шаповалова, В. П. Анопко // В мире научных открытий. – 2010. – № 2–4. – С. 159–160.
4. Шаповалова, М. А. Функционирование лечебно-профилактических учреждений в период реформ / М. А. Шаповалова // Учетно-аналитические инструменты развития инновационной экономики: мат-лы Международной научно-практической конференции. – Астрахань, 2009. – С. 298–299.

О.В. Галиulina

ГАПОУ ТО «Тюменский медицинский колледж» (г. Тюмень)

***ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО ОРГАНИЗАЦИИ
КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПРАКТИКООРИЕНТИРОВАННОСТИ
СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ***

Целью исследования стало определение влияния образовательного пространства на развитие практикоориентированности обучающихся медицинских образовательных организаций.

В качестве материалов и методов исследования использовались системный подход и аналитический метод исследования образовательного пространства ГАПОУ ТО «Тюменский медицинский колледж».

Стратегия развития страны, в том числе различных отраслей экономики обозначенная в майских указах Президента направлена на укрепление государственной политики и развитие современного российского общества.

Достигнуть поставленных целей без профессионально подготовленных кадров сложная задача. Требования профессионального сообщества в сегодняшнему выпускнику не ограничиваются только знаниями, полученными в профессиональной образовательной организации, молодой специалист в своей деятельности должен быть готов решать любые задачи, причем успешно.

Подготовить такого всесторонне развитого выпускника неотъемлемое условие современного образования и профессиональных образовательных организаций путем создания – среды (пространства), где осуществляется единый, целостный образовательный процесс.

Создание модели образовательного пространства в медицинских профессиональных образовательных организациях особенно становится актуальным в связи с повышенным вниманием общества к отрасли здравоохранения

Термин «образовательное пространство» появился в пе-

дагогической практике не так давно и характеризует новый вектор российского образования направленный на социализацию личности, профессиональную компетентность удовлетворяющую требованиям профессиональных стандартов.

Создание модели образовательного пространства в медицинских профессиональных образовательных организациях особенно становится актуальным в связи с повышенным вниманием общества к отрасли здравоохранения. Так моделирование единого образовательного пространства должно охватывать все сферы профессиональной деятельности будущего выпускника, строится на традициях, культурных ценностях и выполнять социализирующую функцию.

Основные блоки образовательного пространства – это структуры образовательного процесса, являющиеся универсальными для всех медицинских образовательных организаций, а вот внутренняя среда организации ее педагогический состав, культурные ценности – это та составляющая и объединяющая сущность, которая придает особенность образовательному процессу и является важнейшей отличительной чертой.

Педагогический состав Колледжа объединен общностью дела, создает устойчивый морально-эмоциональный климат и атмосферу доброжелательности, чтит традиции, поддерживает корпоративную культуру и имидж колледжа, обладает взаимной ответственностью. В свою очередь, обучающиеся погруженные в такую внутреннюю среду образовательного пространства, имеют возможность развивать способности и приобретать личные качества, позволяющие им: гармонично выстраивать отношения с окружающим миром; включаться в социально значимые виды деятельности; приобретать профессиональную компетентность и опыт профессиональной деятельности, для высокого уровня личного развития, соответствующего современным требованиям времени.

Так, одной из компонент образовательного пространства выступает практическое обучение, задача которого сформировать и закрепить базовые профессиональные компетенции, умения и навыки будущих специалистов, поэтому особую значи-

мость приобретает модель погружения обучающихся в профессиональную среду, именно практикующие специалисты, вовлеченные в образовательное пространство являются носителями знаний, ценностей, культуры и профессиональной этики, так необходимых для быстрой адаптации выпускников в будущей производственной деятельности.

Таким образом, единое образовательное пространство медицинской образовательной организации, позволяет создать условия от обучения до выпуска в профессиональную среду конкурентного, готового к саморазвитию и решению задач любой сложности специалиста.

Н.Г. Полякова

*ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая
больница» (г. Астрахань)*

***МЕНЕДЖМЕНТ–НАСТАВНИЧЕСТВО КАК СТИЛЬ
УПРАВЛЕНИЯ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНА-
ЛОМ В ГБУЗ АО «АЛЕКСАНДРО-МАРИИНСКАЯ
ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»***

Практика менеджмента показывает, что формированию ответственного за свою работу сотрудника в наибольшей мере способствует стиль управления «Наставничество». Поэтому очень важно использовать его в работе наиболее эффективно. С одной стороны, это позволяет руководителям расширить арсенал управленческих инструментов, а с другой – сформировать культуру управления, ориентированную на долгосрочные результаты. Наставничество, как стиль, базируется на трех инструментах управления, которые может использовать каждый руководитель: планомерное развитие сотрудников, позитивная мотивация, эффективная коммуникация.

Сегодня молодежь во многом определяет политические, экономические и социальные структуры общества. Молодые специалисты составляют треть трудоспособного населения Рос-

сии, они же являются одной из наиболее уязвимых групп на рынке труда, и проблема адаптации касается их наиболее остро.

В настоящее время в связи с реформированием системы здравоохранения потребность в молодых специалистах сильно возросла. Но небольшой опыт работы по специальности, а порой и его отсутствие, нехватка как профессиональных, так и коммуникативных знаний, умений и навыков, как правило, затрудняет процесс адаптации, может привести к увольнению, а в дальнейшем, к такой серьезной проблеме, как текучесть кадров. Правильная адаптация персонала, особенно молодых специалистов, с широким использованием менеджмент-технологий управления – одно из важнейших условий успешного функционирования организации. Особую значимость имеет процесс адаптации молодых специалистов в области сестринского дела.

Для оказания помощи молодым специалистам в освоении профессии и закрепления кадров в учреждениях здравоохранения Астраханской области Министерством здравоохранения разработано и внедрено в работу лечебных учреждений Положение «О наставничестве» (Распоряжение № 677р от 12.08.2013 г.). Также в целях утверждения и введения в действие Положения о системе адаптации вновь поступивших специалистов со средним профессиональным образованием в ГБУЗ АО «Александрo-Маринская областная клиническая больница» (ГБУЗ АО АМОКБ) издан приказ главного врача № 244 от 22.07.2013 г. Согласно приказу, источником финансирования оплаты наставничества является фонд оплаты труда. Оплата производится в виде надбавок за интенсивность в труде в сумме 3 500 руб.

В рамках широко применяемого в ГБУЗ АО АМОКБ менеджмент-стиля «Наставничество» подготовка к реализации мероприятий процесса адаптации нового работника начинается после издания приказа о приеме на работу.

Процедура адаптации работников направлена на:

- обеспечение более быстрого вхождения в должность нового работника;
- уменьшение количества возможных ошибок, свя-

занных с включением в работу;

- снижение дискомфорта первых дней работ;
- объективную оценку уровня квалификаций и потенциала работника;

Наставничество является важным элементом системы адаптации медицинских работников со средним профессиональным (медицинским) образованием в ГБУЗ АО АМОКБ и предназначено формировать у новых сотрудников совокупность знаний об учреждении, умений и навыков профессиональных и социальных действий, направленных на достижение поставленных целей. Общее руководство и контроль за организацией мероприятий по адаптации специалистов закрепляется за главной медицинской сестрой.

Адаптационный период состоит из 2 этапов;

1 этап – 2 недели – выполнение новым работником должностных обязанностей под руководством наставника.

2 этап – выполнение плана работ.

На рис. представлен перечень мероприятий, входящих в План подготовки вновь поступивших специалистов со средним профессиональным (медицинским) образованием со сроками их исполнения.

Наставническая деятельность длится 3 месяца, с обязательным включением всех разделов плана работы. Отметка о выполнении раздела указывается по факту в календарно-хронологическом порядке. По всем разделам деятельности сдача зачета старшей медицинской сестре отделения с указанием оценки. Присутствие наставника на зачете обязательно. Молодой специалист отражает выполнение плана в дневнике профессиональной подготовки.

Продолжительность адаптационного периода – 3 месяца, собственно процесс адаптации нового работника состоит из следующих частей: введения в учреждение, введение в подразделение, вхождение в должность.

Введение в учреждение:

- инженер по охране труда проводит вводный инструктаж по технике безопасности;

- специалист отдела кадров осуществляет ознакомление нового работника с должностной инструкцией, положением о порядке оплаты труда и другими локальными нормативными актами.

1	Знакомство с учреждением, отделением, спецификой, структурой, организацией работы, традициями.	1 неделя	12	Профилактика ВЗН – инфекции. Изучение прививок.	1 неделя
2	Первичный инструктаж по технике безопасности.	1 день	13	Санитарие – эпидемиологический режим в отделении. Информационная безопасность и контроль. Изучение приказов.	2 недели
3	Инструкция по правилам противопожарной безопасности.	1 день	14	Фармакологические средства и поронок их хранения, выписывание, использование в отделении.	2 недели
4	Инструкция по эксплуатации мед. оборудования на рабочем месте.	1 день	15	Алгоритмы введения лекарственных средств. Возможные побочные реакции, первая помощь при них.	1 неделя
5	Инструкция по действиям медперсонала при ЧС и основам медицины катастроф.	2 недели	16	Сестринский уход за пациентами, согласно этапам остринского процесса. Профилактика пролежней.	1 неделя
6	Внутренний распорядок дня в отделении.	3 дня	17	Подготовка пациента к различным видам исследований.	1 неделя
7	Знакомство с рабочим местом (организация рабочего места).	3 дня	18	Организация лечебного питания в отделении. Корректировка пищевого рациона.	3 дня
7	Медицинская этика и деонтология. Этический кодекс медицинской сестры России. Хартия медицинской сестры России.	1 неделя	19	Технология вливания крови из венки для клинико-биохимических исследований.	1 неделя
8	Право и ответственность в медицине. Знакомство с должностной инструкцией.	2 дни	20	Проведение мероприятий по оказанию доврачебной помощи при неотложных состояниях.	2 недели
9	Положения отделения с пациентами и их родственниками. Нахождение психологического контакта.	3 недели	21	Объемы процедур антибиотиковой терапии и реанимации пациентов.	2 недели
10	Оформление, ведение и хранение медицинской документации, согласно законодательству РФ.	2 недели	22	Санитарие – просветительная работа в отделении. Пропианда здорового образа жизни.	2 недели
11	Порядок приема пациентов в отделение. Лечебно – соренительный режим.	1 неделя	23	Описание сложившейся специальности.	4 недели

Рис. Перечень мероприятий плана подготовки вновь поступивших специалистов со средним медицинским образованием (Приложение № 3 к Приказу главного врача ГБУЗ АО АМОКБ № 244 от 22.07.2013 г.) со сроками исполнения

Введение в подразделение.

Начинается с беседы непосредственного руководителя и нового работника, а также включает в себя:

- первичный инструктаж по технике безопасности;
- представление нового сотрудника коллективу;
- ознакомление работника со спецификой подразделения; его целями и задачами, взаимодействием с другими под-

разделениями.

В заключение непосредственный руководитель знакомит молодого специалиста с прикрепленным к нему наставником.

Вхождение в должность осуществляет наставник подразделения, который знакомит работника:

- с работой подразделения;
- с внутренним документооборотом;
- с программным обеспечением;
- со стандартами работы в подразделении;
- консультирует по текущим вопросам.

Менеджмент-идеология наставничества предполагает, что наставник в процессе работы с новым работником руководствуется следующими стандартами:

- доброжелательное, позитивное отношение к новому работнику;
- рациональное распределение рабочего времени: совмещение функций по основной работе с функциями наставника за счет правильного планирования рабочего времени;
- последовательная передача необходимой информации, знаний, опыта новому работнику;
- осуществление текущего контроля за работой нового работника, своевременная коррекция неправильных действий в работе.

Наставником назначается медицинский работник из числа сотрудников соответствующего подразделения ГБУЗ АО АМОКБ, который обладает следующими качествами:

- достойный уровень профессиональной компетентности;
- способность и готовность делиться своим опытом, умение доходчиво объяснять информацию, наличие системного представления о своем участке работы и работе подразделения в целом;
- лояльность учреждению: сознательное и активное поддержание стандартов и правил работы ГБУЗ АО АМОКБ.

Контроль за процессом наставничества осуществляется

непосредственными руководителями (старшими медицинскими сестрами, акушерками, операционными медицинскими сестрами и т.д.).

Основными задачами наставничества являются:

1. Ускорение процесса адаптации нового сотрудника, развитие способности самостоятельно и качественно выполнять возложенные на него задачи по занимаемой должности.

2. Усвоение элементов корпоративной культуры учреждения, традиций и правил поведения, этики и деонтологии.

С целью максимальной эффективности менеджмент-управления средним медицинским персоналом в ГБУЗ АО АМОКБ совместно с врачом-методистом сестринского учебно-методического кабинета разработаны Программы обучения медсестер с ориентацией на вновь прибывших на работу специалистов. В частности, внедрен комплекс коротких специализированных программ для обучения без отрыва от основной работы медсестер различной степени подготовки.

В процессе адаптации молодых работников ГБУЗ АО АМОКБ акцент делается на проведение занятий непосредственно на рабочем месте. Преимущества этого способа – в возможности обойтись без специального персонала, помещений и оборудования. Также для обучаемых очевидно, что их учат именно тому, что требуется для работы и они могут сразу же применять полученные навыки. Это положительно сказывается на мотивации к обучению.

Подготовка наставников.

Так как ключевым моментом в менеджмент-стиле адаптации «Наставничество» является квалификация специалиста, то успех в основном зависит от правильного подбора кандидатуры из наиболее квалифицированных работников подразделения, готовых брать на себя ответственность за адаптацию молодого специалиста. Наставнику предоставляется краткая инструкция, содержащая поэтапные рекомендации:

1. Разбить работу на отдельные задачи.
2. Подготовить план инструктажа.
3. Позаботиться о том, чтобы обучаемый чувствовал се-

бя непринужденно.

4. Приступить к процессу обучения: рассказать, показать, продемонстрировать в действии, объяснить.

5. Закрепить знания в процессе тренировки:

- предложить обучаемому описать работу на словах;
- предложить ему проинструктировать наставника;
- проследить, как подопечный выполняет работу;
- обеспечить обратную связь о качестве работы;
- дать обучаемому попрактиковаться самостоятельно.

6. Оказать помощь после окончания обучения/адаптации: сообщить обучаемому, к кому следует обращаться за помощью при необходимости; проводить частые проверки в течение некоторого времени, постепенно снижая их частоту.

Завершающим этапом адаптации является контроль. Для оценки адаптации медицинских работников разработан соответствующий бланк итогового контроля. Оценку работы специалиста проводит старшая медицинская сестра отделения через 3 месяца после того, как медсестра приступит к исполнению своих обязанностей.

Важным преимуществом данной программы адаптации и обучения является то, что все ее мероприятия проходят в подразделениях действующего лечебного учреждения, крупнейшего в регионе, с мощной технической и образовательной базой. Оно может предоставить в качестве наставников широкий спектр средних медицинских специалистов самого различного профиля с обучением молодых работников непосредственно на рабочих местах.

Выводы:

В результате введения программы адаптации молодых специалистов с использованием наставничества как менеджмент-стиля ГБУЗ АО АМОКБ получила следующие преимущества:

1. Возможность планировать профессиональное развитие медсестер с учетом их личных интересов;

2. Наличие в штате мотивированных и лояльных меди-

цинских сестер, связывающих свою профессиональную деятельность с больницей, что снизило текучесть сестринских кадров.

Список литературы

1. Веснин, В. Р. Управление персоналом. Теория и практика: учебник / В. Р. Веснин. – М., 2009. – 688 с.
2. Егоршин, А. П. Организация труда персонала : учебник / А. П. Егоршин, А. К. Зайцев. – М., 2008. – 320 с. – (Высшее образование).
3. Зайцева, Ю. Н. Проект повышения эффективности деятельности управленческого персонала / Ю. Н. Зайцева // Управление развитием персонала. – 2010. – № 2 (22).
4. Управление персоналом организации : учебник / под ред. А. Я. Кибанова. – М., 2009. – 683 с. – (Высшее образование).
5. Хабибуллина, С. А. Построение системы обучения в компании / С. А. Хабибуллина, Е. М. Козлова // Управление развитием персонала. – 2009. – № 3 (19). – С. 198–204.

С.В. Супрун, Л.Ю. Моложкина

*ГБУ Министерства здравоохранения Астраханской области
«Городская поликлиника № 10» (г. Астрахань)*

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ СЕСТРИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

В основу реорганизационных мероприятий в первичном здравоохранении положены основные задачи по развитию профилактического направления деятельности, расширению спектра медицинских услуг, оказываемых на амбулаторном этапе, внедрению ресурсосберегающих технологий, повышению доступности и качества медицинской помощи при рациональном использовании имеющихся ресурсов.

Роль сестринского персонала поликлинической службы значительно повысилась, поэтому от уровня ее организации и качества оказания зависят показатели здоровья населения.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Городская поликлиника № 10» является многопрофильной медицинской организацией, которая оказывает первичную медико-санитарную помощь взрослому и детскому населению Трусковского района. Общая численность прикрепленного к поликлинике населения составляет более 75 тыс. человек. Фактическая мощность более 1 100 посещений в смену (плановая мощность поликлиники составляет 725 посещений в смену).

В своем составе имеет две детских поликлиники с филиалами, две взрослых поликлиники с филиалами и женскую консультацию – всего 15 объектов. Все поликлинические отделения расположены на достаточно отдаленном расстоянии друг от друга.

Деятельность поликлиники направлена, в первую очередь, на организацию согласованной работы всех служб объединенной поликлиники, улучшение качества и доступности медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий, совершенствование оказания первичной медико-санитарной помощи, повышение качества предоставляемых медицинских услуг, обеспечение эпидемиологического благополучия на обслуживаемой территории, улучшение материально-технической базы учреждения, рациональное и экономическое использование бюджетных средств, организацию гарантированного лекарственного обеспечения лицам, имеющим льготы в соответствии с действующим законодательством.

Руководство работой среднего и младшего медицинского персонала в целом, осуществляет главная медицинская сестра, в поликлинических отделениях – старшие медицинские сестры.

На главную медицинскую сестру многопрофильной поликлиники возлагается ответственность за организацию и управление деятельностью среднего и младшего медицинского

персонала для выполнения задач, которые лежат в основе деятельности медицинской организации. Насколько грамотно руководители сестринских служб будут выступать в роли организатора, настолько успешно и эффективно будет построена организация сестринской помощи в поликлинике, что положительно отразится на качестве оказываемых медицинских услуг и удовлетворенности пациентов и, соответственно, на рейтинге учреждения.

Поликлиника состоит из структурных подразделений, между которыми необходима грамотная координация действий. Обмен информацией осуществляется посредством электронного документооборота, посредством телефонной связи, а также на планерках в поликлинических отделениях и на совещаниях с главными медицинскими сестрами. Для удобства работы разработаны электронные журналы по некоторым разделам работы, в частности, по лекарственному обеспечению.

Важным звеном в работе поликлиники, является работа регистратуры. Нередки случаи, когда медицинские регистраторы не владеют коммуникативными способностями, не могут давать качественные пояснения пациентам по тем или иным вопросам, в связи с чем возникают непонимания и конфликты, что порождает обращения граждан с жалобами. От того, насколько грамотно и правильно организована работа регистратуры, зависит доступность медицинской помощи каждому пациенту, обратившемуся в поликлинику, поэтому здесь, несомненно, значима роль руководителя сестринского персонала.

Во всех структурных подразделениях организована запись пациентов на прием к специалистам для получения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях через РИАМС «Промед». Плановая медицинская помощь осуществляется по предварительной записи с использованием сервиса «Запись на прием к врачу».

Внедрение системы дистанционной записи к врачу позволяет медицинской сестре заблаговременно подготовить необходимую медицинскую документацию для приема пациентов и актуализировать информацию по каждому пациенту, в том числе в ча-

сти, касающейся диспансеризации и иммунопрофилактики.

Для регулирования потока посетителей и выполнения функций, не требующих врачебной компетенции, в поликлинике функционируют кабинеты доврачебного приема. Прием в таком кабинете проводит медицинская сестра, которая осуществляет распределение пациентов по срочности направления их к врачу, выписывает направления на лабораторные и другие диагностические исследования пациентам, которые не нуждаются в день обращения во врачебном приеме, проводит опрос пациента, различные диагностические исследования, оказывает медицинскую помощь. Средний медицинский работник доврачебного кабинета участвует в организации и проведении профилактических медицинских осмотров, в организации работы по санитарно-гигиеническому обучению и воспитанию населения. В случае необходимости, организует консультацию врача, осуществляет электронную запись на прием к врачу, заполняет медицинскую электронную карту.

Одной из основных задач работы с персоналом медицинской организации остается обеспечение ее деятельности необходимыми кадрами. На сегодняшний день в поликлинике медицинская помощь оказывается 146 средними медицинскими работниками, что составляет 73,6 % укомплектованности, а за счет внутреннего совместительства, укомплектованность составляет 86,1 %.

Силами поликлиники проводится большая работа по привлечению и обучению кадров – информация о вакансиях регулярно обновляется на сайтах Министерства здравоохранения Астраханской области и других сайтах, мы работаем в тесном контакте с Центром занятости населения, ежегодно принимаем участие в ярмарках вакансий Астраханского базового медицинского колледжа, встречаемся с выпускниками школ, организуем для них экскурсии. Благодаря целевой программе по обеспечению кадрами в здравоохранении Астраханской области, было обучено 4 работника по специальности «Сестринское дело».

В работе руководителя важно внедрение системы профессионального непрерывного образования сестринского пер-

сонала, что дает работнику возможность самореализации и повышает качество оказываемой помощи населению.

Наши медицинские сестры принимают участие в ежегодных конкурсах профессионального мастерства. В 2015 г. конкурс «Лучшая медицинская сестра 2015 года», который был организован министерством здравоохранения Астраханской области совместно с Астраханской региональной общественной организацией «Профессиональная сестринская ассоциация», принес две победы нашему коллективу.

Также наши медицинские сестры являются участниками областных конференций и обучающих семинаров, проводимых Астраханской региональной общественной организацией «Профессиональная сестринская ассоциация», совместно с Министерством здравоохранения Астраханской области». Цель этих мероприятий – повышение профессионализма медицинских сестер и совершенствование качества сестринской помощи.

Благодаря Общероссийской Ассоциации медицинских сестер России, мы имеем возможность изучать методические материалы, изданные при поддержке РАМС, обмениваться опытом, с другими регионами. Медицинские сестры поликлиники, члены Ассоциации, выступали с докладами на Всероссийской научно-практической конференции «Современные направления развития сестринского дела в оказании первичной медико-санитарной помощи населению» в г. Омск, на Всероссийском Конгрессе медицинских сестер «Медицинские сестры – движущая сила перемен по оказанию эффективной и экономической помощи» в г. Санкт-Петербург.

В поликлинике организована подписка на журналы: «Сестринское дело», «Старшая медицинская сестра», «Вестник Ассоциации», «В помощь практикующей медицинской сестре», что дает возможность сестринскому персоналу самостоятельно, путем самообразования, используя опыт коллег, повышать свою квалификацию и вносить предложения в развитие сестринского дела.

Для эффективного использования кадрового потенциала, в поликлинике разработан и утвержден план работы, который

включает обучение и стажировку специалистов, включенных в резерв, на подлежащие замещению вакантные должности.

Для непрерывного повышения квалификации средних медицинских работников, организованы обучающие занятия на базах других медицинских организаций г. Астрахани. Так, медицинские сестры поликлиники прошли обучение в учебном центре ГБУЗ АО «Центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи» по оказанию сердечно-легочной реанимации, акушерки смотровых кабинетов прошли обучение на базе ГБУЗ АО «ООД» по раннему выявлению видимых локализаций рака, медицинские сестры процедурных кабинетов детских поликлинических отделений – в ГБУЗ АО «ГКРД» по проведению неонатального скрининга.

Проводится работа по освоению смежных профессий. Так, на базе кабинетов функциональной диагностики работает постоянно действующий семинар по технике снятия ЭКГ. Обучены все медсестры ВОП, участковые медсестры.

В поликлинике утверждено положение о наставничестве. Молодой специалист подписывает соглашение с опытным наставником. Работа проводится по индивидуальному плану. На каждого специалиста заполняется контрольная карта и проводится анализ и оценка результатов адаптации. Начиная с 2014 г., успешно прошли адаптацию 10 средних медицинских работников из числа молодых специалистов.

Для обеспечения гарантий качества оказания медицинской помощи населению, контроля уровня профессиональной подготовки и практических навыков среднего медицинского персонала, повышением их роли в лечебном процессе и в вопросах профилактики, а также, в целях создания заинтересованности медицинского персонала в улучшении качества оказания медицинской помощи и реализации принципа оплаты труда медицинских работников, ориентированного на результат в ГБУЗ АО «Городская поликлиника № 10» приказом главного врача утверждено положение об организации контроля качества медицинской помощи, оказываемой средними медицинскими работниками поликлиники.

Работа по управлению качеством деятельности медицинских работников среднего звена проводится по многим направлениям: работа предаттестационной комиссии, работа с молодыми специалистами и резервом, проведение целевых проверок, проверка знаний в форме тестов и принятия зачетов в устной форме по основным разделам работы, метод анкетирования, который позволяет выявлять недостатки и принимать управленческие решения.

Введены формы ежеквартальных отчетов самостоятельной деятельности медицинских работников среднего звена манипуляционных кабинетов, участковых медсестер, медицинских сестер ВОП, разработаны унифицированные формы комплексной поверки работы кабинетов, ежегодные отчеты старших медсестер с анализом работы.

Современный руководитель сестринского персонала первичного здравоохранения обязан не только содействовать, но и активно продвигать внедрение новых форм организации работы сестринского персонала, положительно влияющих на оказание медицинской помощи.

В нашей поликлинике разработан ряд мероприятий, в которых медицинская сестра участвует как самостоятельное звено, так и совместно с врачом. Так, в 2014 г. были разработаны и утверждены протоколы по проведению первичного патронажа новорожденного, а также патронажа ребенка первого года жизни, которые определяют цели патронажа и порядок действий участковой медицинской сестры детской поликлиники, осуществляющей патронаж новорожденного ребенка и ребенка первого года жизни. Все сведения медицинская сестра заносит в лист сестринского осмотра с подписью мамы или лица, осуществляющего уход за ребенком с последующим вклеиванием его в амбулаторную карту пациента (ф 112/у).

Оптимизирована работа по стабилизации и снижению показателя смертности населения от туберкулеза путем проведения «подворных обходов». Критериями данного показателя являются: число вновь выявленных больных, полнота охвата флюорографическим обследованием лиц, полнота охвата бак-

териоскопическим обследованием лиц, отсутствие запущенных случаев заболевания туберкулезом. Опыт работы нашей поликлиники Министерство здравоохранения Астраханской области экстраполировало на всю область. Внедрение данного мероприятия позволило не только снизить смертность от туберкулеза, но и увеличить показатель ранней выявляемости и снизить уровень запущенности данного заболевания.

Для снижения частоты вызовов скорой медицинской помощи к прикрепленному населению в поликлинике проводится еженедельный мониторинг количества вызовов скорой медицинской помощи.

Для таких пациентов разработан «Лист регистрации телефонного звонка пациенту» и организован телефонный опрос, позволяющий выявить причину частых вызовов СМП, оценить уровень охвата медицинской помощью, выполнение пациентом назначений врача, чтобы в дальнейшем избежать приступов и необходимости ждать помощи «скорой». По большому счету, главная задача «обзвонов» – снизить смертность, в первую очередь, от болезней системы кровообращения. Опрос проводится опытной медицинской сестрой (старшей медицинской сестрой отделения врачей общей практики). В ходе опроса медицинская сестра дает рекомендации в рамках своей компетенции.

Приоритетным направлением в работе поликлиники является профилактика. Работа по формированию здорового образа жизни проводится всеми медицинскими работниками поликлиники и является основной функцией отделения медицинской профилактики.

Одним из лучших вариантов работы с пациентами по формированию ЗОЖ является школа здоровья. Занятия в Школах проводит врач отделения профилактики или врач, ответственный за ее проведение по приказу.

Роль медицинской сестры заключается в организации данного мероприятия посредством подготовки и своевременной рассылки приглашений пациентам с указанием даты и времени проведения Школы, проводят анкетирование пациентов, оказывают, в случае необходимости, помощь при заполнении анкет,

напоминают пациентам по телефону о датах проведения занятий в Школе.

Работа в Школах пациентов ведется в соответствии с приказами ГБУЗ АО «ГП № 10» (по каждой школе), положениями об их организации и разработанными учебно-тематическими планами.

Специалисты отделения профилактики регулярно организуют и проводят индивидуальные и массовые мероприятия по профилактике социально-значимых заболеваний. На предприятиях Трусовского района стали традиционными «часы здоровья», в скверах и в парках района регулярно проводятся Дни здоровья, организуются городки здоровья.

С сотрудниками поликлиники проводится большая работа по повышению качества медицинской помощи, воспитанию оказания доброжелательности и соучастия к пациенту. Регулярно проводятся корпоративные обучающие тренинги, включающие занятия по клиентоориентированному сервису и воспитанию доброжелательности. На тренинги привлекаются все медицинские работники – от санитарки до администрации.

Основной целью тренинга является развитие навыков делового общения, усиление мотивации, практическая отработка и коррекция способов взаимодействия с пациентами, совершенствование механизмов управления медицинскими услугами, отработка корпоративных стандартов по этике и деонтологии.

Современный руководитель сестринской службы должен владеть основами менеджмента, маркетинга, быть педагогом и психологом, уметь выполнять аналитическую работу, поэтому он обязательно должен иметь высшее образование.

Руководитель сестринского дела принимает участие в управлении лечебно-профилактическим учреждением, ему необходимо знать цели и задачи процесса управления, формы управленческого решения, различные механизмы управления и каналы связи для обеспечения слаженной, квалификационной работы сестринского персонала по оказанию пациентам квалифицированной и качественной сестринской помощи.

Е.В. Бузало

ГБУЗ АО «Городская клиническая больница № 3 им. Кирова» (г. Астрахань)

ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ. РОЛЬ МЕНЕДЖЕРА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ПЕРСОНАЛА

В условиях становления рынка медицинских услуг изменяются требования к системе управления в ЛПУ. В отличие от прежней традиционной деятельности, когда четкие указания, строгие разрядки (фонды) на основное ресурсное обеспечение поступали свыше, администрация ЛПУ сегодня действует в условиях динамично изменяющейся внешней среды и должна сама определять и прогнозировать изменение факторов макроокружения и их влияние на ЛПУ, перечень оказываемых услуг, цены, поставщиков, а самое главное – свои долгосрочные цели перспективного развития и стратегии их достижения.

Реформирование российской системы здравоохранения в настоящее время вызвано трансформацией всего общественного уклада на новых ценностных основаниях. Либеральная политика ориентирует систему здравоохранения на внедрение рыночных механизмов хозяйствования и управления в ущерб социальной эффективности.

Современная система управления здравоохранением предусматривает рациональное использование имеющихся ресурсов: финансовых, материально-технических, кадровых и информационных. Оптимизация кадрового ресурса – ведущий путь повышения эффективности отрасли.

В условиях рыночной экономики России, становится актуальной проблема менеджмента в сестринском деле, на основе системного подхода, развитии активно-творческих возможностей личности, изучении и использовании экономических законов и отношений.

Медицинская сестра-менеджер с высшим образованием

служит соединяющим звеном между врачом, работниками среднего звена и пациентами.

Управление сестринским персоналом – это целенаправленная деятельность руководителей сестринских служб ЛПУ, использующих различные механизмы управления и каналы связи для обеспечения слаженной, квалифицированной работы сестринской службы.

Ведущая роль и значимость кадров объясняются тем, что объемы финансового и материально-технического обеспечения системы здравоохранения при создании соответствующих условий формируются и воссоздаются быстрее, чем ее кадровый потенциал. Восстановление, стабилизация и эффективное использование кадров реально осуществимы лишь по истечении нескольких лет и даже десятилетий. Определяющую роль организации работы медицинских сестер в любом ЛПУ принадлежит руководителю сестринской службы – главной медицинской сестре.

Медицинская сестра – руководитель решает важные стратегические вопросы, принимает важные стратегические решения в условиях крайней нестабильности, постоянного дефицита всех видов ресурсов. Важнейшим критерием ценности медицинской сестры как руководителя, становится ее управленческая компетентность, лидерские качества, коммуникативные способности, оптимизм, видение будущего и желание знать завтра то, чего не знаешь сегодня.

В настоящее время приоритетной задачей для здравоохранения является повышение качества медицинской помощи. Безусловным резервом повышения качества медицинских услуг населению является правильная организация работы медицинских специалистов среднего звена: рациональная расстановка кадров, перераспределение функций между средним и младшим медицинским персоналом, планирование работы.

Здоровье населения является самым ценным достижением общества, поэтому сохранение и укрепление его – общегосударственная задача. Современный менеджмент вбирает в себя достижения различных подходов, продолжает пополняться но-

выми знаниями.

Рост эффективности медицинской помощи при достаточно высоком уровне образования позволяет проводить дифференцирование сестринской деятельности, совершенствовать стандарты доврачебной медицинской помощи, определять и нормировать потребности пациента в медицинских услугах, осуществлять контроль и учет медицинской помощи и, следовательно, рационально и экономно использовать ресурсы здравоохранения.

Управление качеством медицинской помощи является ключевой проблемой, определяющей как текущие, так и стратегические перспективы деятельности любого ЛПУ. Важная роль в этом процессе отводится медицинскому персоналу, так как отношение к труду каждого сотрудника оказывает непосредственное, в ряде случаев решающее влияние на результаты лечебно-диагностического процесса.

Качество медицинской помощи определяются не только адекватностью организационных форм и состоянием материально-технической базы ЛПУ, но и в значительной степени наличием квалифицированных сотрудников, обладающих специализированными знаниями. Именно поэтому кадровая политика учреждения на всех этапах должна носить постоянный характер, являясь залогом стабильности и успешного развития.

Медицинские кадры являются главной, наиболее значимой частью ресурсов здравоохранения и в конечном итоге обеспечивают результативность и эффективность работы не только отдельных структурных подразделений, но и ЛПУ в целом.

Руководителям подразделений необходимо обладание и умелое применение на практике разносторонних специальных навыков менеджера по персоналу, таких как: психодиагностических – при проведении собеседования, организационных – при согласовании действий разных сотрудников и руководителей в процессе адаптации новичков, методических – при разработке программ мотивации сотрудников, позволит руководителям многопрофильных учреждений успешно решить проблемы, связанные с управлением персоналом.

Перспективным направлением работы системы управления медицинским персоналом, считается непрерывное корпоративное обучение кадрового состава, так как в условиях реформирования российской системы здравоохранения основным фактором конкурентоспособности становятся ее человеческий и социальный капитал. Современный менеджмент рассматривает корпоративную культуру как мощный стратегический инструмент, позволяющий ориентировать все подразделения и работников на общие цели. Большинство функций корпоративной культуры ценны. Ценность для ЛПУ состоит в том, что усиливается организационная сплоченность и порождается согласованность в поведении сотрудников.

Эффективность оказания медицинской помощи зависит от четкой и профессиональной сестринской деятельности, направленной на повышение качества оказания медицинской помощи, путем осуществления стандартизированных технологий сестринского ухода, профилактики, диагностики и лечения.

Медицинские сестры составляют самую многочисленную категорию работников здравоохранения. Они обеспечивают работу различных служб и, безусловно, от них зависят качество и эффективность медицинской помощи. В современных сложных социально-экономических условиях растет понимание того, что кризисные явления в здравоохранении не преодолимы без развития и преобразования сферы управления, без формирования профессиональных управленческих кадров.

Медицинская сестра должна в большей степени соответствовать нуждам населения, а не по потребностям системы здравоохранения.

До недавнего времени сестринское образование не давало возможностей для карьеры, реализации творческого потенциала: те, кто хотел получить высшее образование, уходили из профессии, но эта модель сегодня изменена.

В настоящее время окончательно сформирована многоуровневая система подготовки медицинских сестер. В системе здравоохранения постепенно увеличивается количество специалистов, имеющих высшее сестринское образование. На данный

момент потребности системы здравоохранения в выпускниках факультетов ВСО ограничены количеством должностей или вообще отсутствуют должности в штатных расписаниях ЛПУ. К сожалению, несмотря на нормативные акты, руководители ЛПУ, не используют в полной мере потенциал сестринского персонала с учетом его профессиональной компетенции.

Полномочия современной медицинской сестры – менеджера, должны быть гораздо шире, чем у ее предшественниц, выполнявших чисто технические функции помощницы врача. Реформа сестринского дела в Российском здравоохранении развернулась в нескольких направлениях: сестринское образование; сестринская практика; научные исследования в сестринском деле; самоуправление и консолидация сестринской профессии; международное сотрудничество.

Внедрение системы менеджмента из опыта зарубежных и российских коллег, приносит практическую пользу всем участникам лечебного процесса. Медицинская сестра-менеджер сочетает в себе разнообразные личностные качества, обладает хорошими коммуникативными способностями, навыками педагогического мастерства, компетентностью в самых разнообразных областях знаний: экономических, правовых, психологических, способностью самостоятельно принимать решения, быть в коллективе лидером.

Медицинская сестра с высшим образованием – это особая категория медицинских работников, получивших академическое образование в области менеджмента, психологии, педагогики, экономики здравоохранения, маркетинга, медицинского права, базовых медицинских дисциплин – специалисты сестринского дела новой формации, менеджеры. Они готовы к проведению реформ, способны осуществлять обучение сестринского и младшего медицинского персонала, взять на себя управление и контроль сестринской деятельностью.

Резервом повышения качества сестринской помощи является эффективная организация работы сестринских служб: рациональная расстановка кадров, перераспределение функций между средним и младшим медицинским персоналом, прогно-

зирование и планирование работы, мотивация, контроль, анализ, выработка корректирующих воздействий по управлению качеством. И здесь немаловажная роль отводится руководителям сестринского персонала.

Список литературы

1. Лукичева Л. И. Управление организацией : учебное пособие по специальности «Менеджмент организации» / Л. И. Лукичева; под ред. Ю. П. Анискина. – М., 2006. – 360 с. – (Высшая школа менеджмента).
2. Шаповалова, М. А. К вопросу о качестве сестринской помощи в родильном доме / М. А. Шаповалова, Н. В. Горелова, Н. В. Милехина, И. А. Кашкарова // Современная российская наука глазами молодых исследователей : мат-лы III Международной научно-практической конференции молодых ученых и специалистов. – Красноярск, 2013. – С. 293–298.

Н.В. Милехина, Н.Г. Полякова

ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОДГОТОВКИ СЕСТРИНСКИХ КАДРОВ В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Сестринское дело является важнейшей составной частью системы здравоохранения. Сестринское обслуживание рассматривается как один из экономичных способов предоставления услуг в области здравоохранения. Развитие системы сестринского обслуживания является частью общей тенденции к дальнейшему повышению экономической эффективности системы здравоохранения. В практической деятельности выделяется огромное количество обязанностей, которые возлагаются на сестринский персонал. Выполнение многообразных функций требует от этой категории понимания факторов, которые влияют на здоровье людей, причин возникновения и обострения болезней, способов лечения и реабилитации, а также условий, в которых осу-

ществляется медико-социальная помощь. Главным и старшим медицинским сестрам также необходимы современные знания в области философии и теории сестринского дела, сестринской педагогики, психологии, современных требований по организации и управлению деятельностью сестринского персонала.

В программе развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010–2020 гг. одним из разделов второго этапа реализации на 2016–2020 гг. выделено «Развитие кадровой политики и профессионального образования сестринского персонала», предполагающее повышение уровня профессиональной компетентности специалистов со средним медицинским образованием через развитие и совершенствование системы непрерывного и многоуровневого профессионального образования.

Так, для повышения квалификации среднего медицинского персонала в условиях многопрофильной клинической больницы предложен опыт получения глубоких общеобразовательных технических и профессиональных знаний, мастерства и профессиональной подвижности. Проводилась работа по повышению квалификации, сертификации и аттестации среднего медицинского персонала учреждения. За период с 2010 по 2015 г. повысили свою квалификацию и получили новую специализацию 685 специалистов за 2010–2015 гг. возросло количество специалистов сестринского дела: в категории «высшая» с 20 до 39 %, в категории «первая» с 30 до 43 %, в категории «вторая» с 30 до 45 %.

С 2013 г. открыт сестринский учебно-методический кабинет, в котором проводятся сестринские семинарские занятия, конференции, мастер-классы. Деятельность сестринского учебно-методического кабинета направляется на повышение уровня теоретических знаний и совершенствование практических умений сестринского персонала, внедрение новых форм управления его деятельностью. В цели данного кабинета входят также помощь специалистам в адаптации на рабочих местах, формирование среды, готовой к восприятию инноваций и современных принципов сестринского дела. Особое значение придается повышению уровня профессионализма сестринского персонала.

Основная функция учебно-методического кабинета – организационная: участие в проведении анализа, планировании, оценке деятельности сестринского персонала; организация системы его непрерывного обучения на базе больницы с учетом существующих потребностей; выявление потребности среднего медицинского персонала в повышении квалификации и сертификации; участие в организации и проведении на базе больницы научных исследований в области сестринского дела; организация и проведение научно-практических конференций, дискуссий, семинаров для медсестер по актуальным проблемам сестринского дела; осуществление внешних связей и контактов по профилю сестринского дела; обеспечение информацией подразделений больницы.

В учебно-методические функции кабинета входят: непрерывное обучение сестринского персонала на рабочих местах по программам, разработанным главной медицинской сестрой и утвержденным главным врачом больницы; организация на базе кабинета циклов повышения квалификации для среднего медицинского персонала по программам; анализ и коррекция профессиональной подготовки молодых специалистов в области сестринского дела, их адаптация на рабочих местах; подготовка сестринского персонала к аттестации и сертификации и контроль за применением на практике знаний и умений, полученных медсестрами в процессе обучения.

С участием специалистов психологов организована «Школа практического обучения» и «Школа этики», семинарские занятия, тренинги с группами персонала по отделениям и в кабинете психолога, работы малыми группами, реализуется программа психологического сопровождения профессиональной деятельности старших медицинских сестер, зачетные занятия методом тестирования. Непрерывное обучение строится с учетом его последипломного характера: обращают внимание на исходный уровень знаний; учитывают возрастные и психологические особенности медсестер, специфику работы различных сестринских служб. Для получения оптимальных результатов определяют цели обучения, содержание занятий с учетом акту-

альности проблем. Отмечено повышения заинтересованности медсестер в получении новых профессиональных знаний, повышении квалификации, прохождении аттестации. Имеет место активное участие обучающихся в семинарских занятиях по темам:

- «Техника забора крови для лабораторных исследований»;
- «Нормативная документация, связанная с оборотом наркотических лекарственных средств и психотропных веществ»;
- «Методические рекомендации по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа». Мастер-класс по постановке сосудистого катетера на периферические вены с отработкой на тренажере;
- «Подготовка пациента к плановым и экстренным оперативным вмешательствам. Послеоперационный период. Правила доставки больного в операционный блок. Введение чек-листа. Уход за послеоперационными ранами». Мастер-класс по обработке рук;
- «Оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных состояниях, угрожающих жизни. Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации». Мастер-класс по проведению СЛР, отработка на тренажере;
- «Оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных состояниях, угрожающих жизни. Помощь при кровотечениях. Помощь при переломах». Мастер-класс по наложению давящих повязок, оказанию помощи при переломах, наложению шин на сломанную конечность»;
- «Оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных состояниях, угрожающих жизни. Принципы оказания доврачебной помощи при острых аллергических состояниях. Анафилактический шок»;
- «Правила забора венозной и капиллярной крови. Современные технологии для проведения качественного анализа крови». Проведен мастер-класс по взятию крови из перифе-

рической вены с применением вакуумной системы для забора венозной крови, отработка навыков на тренажере.

Сестринский персонал лечебного учреждения активно участвовал в конференциях:

- «Инновационные методы работы медицинских сестер операционного блока и ЦСО»;
- «Профессиональные компетенции этики и деонтологии в работе медицинских сестер. Этический кодекс медицинской сестры России как основа профессиональной деятельности. Конфликты и пути разрешения». Конференция проводилась совместно с психологом. Проведено тестирование персонала на предмет, является ли сотрудник конфликтным человеком и насколько;
- «Конфликты в коллективе и пути их разрешения. Конфликт «персонал-пациент». Конфликт «персонал-персонал». Конфликт «врач-медицинская сестра».

В рамках «Школы практического обучения»:

Работают в отделениях: «Лист наблюдения за центральным и периферическим венозным катетером», инструкция по уходу за периферическим венозным и центральным катетером, обучение совместно процедурных и палатных (постовых) медицинских сестер по постановке сосудистого катетера на периферические вены;

Разработаны: чек-лист для работы в операционных, использование которого исключает хирургические ошибки при проведении операций, приводит к снижению возникновения послеоперационных осложнений, стандартные листы сестринского ухода за больными до операции и после операции.

Основная работа по организации целевой подготовки средних медицинских работников из числа младшего медицинского персонала, без отрыва от производства, с применением разных форм обучения, в том числе вечерней и на рабочих местах. Это позволяет привлечь более мотивированный контингент и закрепить обученный персонал в лечебных учреждениях Астраханской области. Для обучения персонала медицинских учреждений, расположенных в районах области, Астраханским

базовым медицинским колледжем открываются учебные центры в центральных районных больницах.

В отделении нейрохирургии ГБУЗ АО АМОКБ с 19.03.2016 г. начал действовать пилотный проект под неофициальным названием: «Многофункциональная медицинская сестра общего профиля».

Существенным плюсом проекта является овладение всеми медицинскими сестрами всех назначаемых манипуляций, так сестры, которые ранее обслуживали процедурный кабинет и оказывали такие простые медицинские услуги пациентам как забор биологических сред на исследования, постановка систем и инъекций, стали оказывать более широкий спектр услуг, включая весь перечень всевозможных манипуляций. И наоборот, медицинские сестры палатные (постовые) перестали избегать работы в процедурном кабинете, изучив и поняв принцип его деятельности.

Основными методами обучения на рабочем месте являются: инструктаж, ротация, ученичество и наставничество.

Ведется основная работа по организации целевой подготовки средних медицинских работников из числа младшего медицинского персонала, без отрыва от производства, с применением разных форм обучения, вечерней и на рабочих местах. Это позволяет привлечь более мотивированный контингент и закрепить обученный персонал в лечебных учреждениях Астраханской области. Для обучения персонала медицинских учреждений, расположенных в районах области, Астраханским базовым медицинским колледжем открываются учебные центры в центральных районных больницах.

Для оказания помощи молодым специалистам в освоении профессии и закрепления кадров в учреждениях здравоохранения Астраханской области Министерством разработано и внедрено в работу лечебных учреждений Положение «О наставничестве» Распоряжение № 677р от 12.08.2013 г.

При обучении на рабочем месте медсестры выполняют и учатся своей работе под руководством наставника, который назначается старшей медсестрой отделения – более компетент-

ный и более опытный сотрудник. Преимущества этого способа – в возможности обойтись без специального персонала, помещений и оборудования. Для обучаемых очевидно, что их учат именно тому, что требуется для работы (а это положительно сказывается на мотивации к обучению), и они могут сразу же применять полученные навыки.

Совершенствованию системы непрерывного образования способствует электронная библиотечная база, дистанционные формы обучения, мастер-классы на базе Астраханского базового медицинского колледжа, введение в действие при активном участии Профессиональной сестринской ассоциации Астраханской области Положения о накопительной (кредитно-модульной) системе повышения квалификации средних медицинских работников. Это позволяет среднему персоналу конструировать собственный индивидуальный образовательный маршрут с учетом своих профессиональных потребностей и уровня квалификации.

Таким образом, обеспечение условий повышения квалификации медицинских сестер на базе лечебного учреждения и активное взаимодействие клинических баз с образовательным учреждением позволяют реализовывать стратегию непрерывного образования для среднего медицинского персонала, существенно повышая качество подготовки специалиста и минимизируя затраты на обучение.

Список литературы

1. Горелова, Н. В. Хронометраж работы сестринского персонала в клиническом родильном доме / Н. В. Горелова, Л. А. Огуль, М. А. Шаповалова // Экономика здравоохранения. – 2011. – № 3. – С. 54–57.

2. Шаповалова, М. А. К вопросу о качестве сестринской помощи в родильном доме / М. А. Шаповалова, Н. В. Горелова, Н. В. Милехина, И. А. Кашкарова // Современная российская наука глазами молодых исследователей : мат-лы III Международной научно-практической конференции молодых ученых и специалистов. – Красноярск, 2013. – С. 293–298.

3. Шаповалова, М. А. Профессиональная культура как фактор формирования нового персонала ЛПУ / М. А. Шаповалова, В. П. Анопко // Сестринское дело. – 2010. – № 7. – С. 18.

*А.Р. Габриелян, Е.В. Гришина,
С.О. Ярославцев, Л.В. Алямовская*

ГБУЗ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения (г. Москва)

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КРОВЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Новейшие технологии бескровной хирургии (кровесбережения) очень быстро завоевывают все больше сторонников во всем мире. Способов сберечь кровь предостаточно, арсенал бескровной хирургии довольно обширен. Ее составными частями на предоперационном этапе является, прежде всего, коррекция анемии имеющимися в арсенале современной медицины препаратами железа, препаратами эритропоэтина и интраоперационные методики аутодонорства: аутогемодонорство, аутоплазмадонорство. И если в период подготовки к операции основную роль играет правильная и сбалансированная терапия, проводимая лечащим врачом, то на интраоперационном этапе роль медицинской сестры-анестезиста становится важной и неотъемлемой частью организационного процесса.

Основным интраоперационным методом сбережения крови является аппаратная реинфузия отмытых эритроцитов. Методика обеспечивает сбор теряемой крови из операционной раны, отмывание эритроцитов в центрифуге и возврат эритроцезвеси в сосудистое русло пациентки при проведении родоразрешающих операций с кровопотерей свыше 20 % ОЦК (кесарево сечение, кесарево сечение с консервативной миомэктомией, кесарево сечение с последующей ампутацией или экстирпацией).

Материально-техническое обеспечение:

1. Аппарат для аутотрансфузий CELL SEIVER, а также одноразовые наборы к ним. Данные аппараты могут работать как в ручном, так и в автоматическом режимах. Однако наивысшее качество получаемой аутоэритроцитарной взвеси гарантирует работа в автоматическом режиме.

2. Раствор натрия хлорида изотонический физиологический (раствор NaCl 0,9 %) в достаточном количестве.

3. Антикоагулянт (гепарин).

4. Фильтр медицинский лейкоцитарный.

При прогнозируемой кровопотере свыше 20 % ОЦК (полное предлежание плаценты, вращение плаценты, миомы больших размеров) аппарат подготавливается перед операцией и сбор крови из раны производится непосредственно с его помощью. Однако, учитывая высокую стоимость одноразовых расходных материалов (порядка 500 USD за комплект), немногие больницы могут себе позволить использовать сэллсейвер рутинно на все операции.

Часто решение о необходимости аутореинфузии возникает в процессе операции, когда кровопотеря превышает физиологическую в случае каких-либо осложнений (гипотония матки). В этой ситуации риск использования для отмывания крови, собранной с околоплодными водами в обычную емкость для отсоса, становится слишком высоким в плане контаминации и опасности попадания в сосудистое русло амниотической жидкости.

Поэтому в нашей клинике в течение 7 последних лет используется методика отдельного сбора околоплодных вод и крови из операционной раны. Стеклянные емкости и крышки стерилизуются методом холодной плазмы в стерильных пакетах. Перед операцией с соблюдением асептики медсестра-анестезист собирает емкость с крышкой и подсоединяет стерильную трубку для отсоса, поданную операционной сестрой.

Далее в емкость через отсос набирается заранее подготовленный физ. раствор 400 мл с гепарином 25 тыс. ЕД. Околоплодные воды собираются в нестерильную емкость и далее сбор крови производится в стерильную банку. Учет кровопотери в этом

случае более точный и позволяет своевременно без потерь начать отмывание эритроцитов.

Клинический пример. Беременная Ч., 28 лет. Диагноз: Беременность 37–38 нед. Головное предлежание. Миома матки больших размеров. Хронический пиелонефрит. Стент мочеточников. Находилась на дородовой госпитализации. В заготовке аутоплазмы отказано по причине наличия хронического пиелонефрита.

Оперирована 06.09.2013 г.: кесарево сечение, перевязка внутренних подвздошных артерий, миомэктомия.

Интраоперационная кровопотеря – 2 000 мл.

Аутореинфузия – 996 мл.

Свежезамороженная донорская плазма 1 200 мл.

Общий объем инфузии 4 800 мл.

Таким образом, четкое и своевременное выполнение медицинской сестрой всех манипуляций по подготовке оборудования и расходных материалов позволяет снизить объем кровопотери и вероятность неблагоприятного исхода.

Медицинская сестра-анестезист – это высококвалифицированный специалист, играющий большую роль в оказании плановой и экстренной помощи в командной работе с анестезиологами, акушерами и трансфузиологами.

А.К. Хетагурова, Е.В. Джусоева

ФГБПОУ «Медицинский колледж» (г. Москва)

ВЫПУСКНЫЕ КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ РАБОТЫ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ – ПЕРВЫЙ ОПЫТ. ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Система организации и качества подготовки специалистов в значительной степени определяет экономический и социальный потенциал страны. Высокие требования к качеству подготовки специалистов стимулируют интенсификацию обучения в средних учебных заведениях, что в значительной степени повышает нагрузку на студента. В особенности это касается сту-

дентов, которым будет доверено здоровье нации.

Одним из приоритетных направлений развития государственной политики Российской Федерации является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни, профилактики, а также повышения доступности и качества медицинской помощи. Обязательным условием для осуществления прогресса в этом направлении является эффективное функционирование системы здравоохранения, которое в большой степени определяется наличием достаточного количества квалифицированных медицинских кадров, в том числе сестринского персонала. Все вышеперечисленное и определяет актуальность нашего исследования.

Цель исследования: выявить проблемы и разработать комплекс мероприятий, направленный на улучшение качества подготовки и защиты выпускных квалификационных работ в ФГБПОУ «Медицинский колледж».

Материалы и методы исследования: использовались статистический и аналитический методы исследования результатов итоговой государственной аттестации в ФГБПОУ «Медицинский колледж».

Задача медицинского колледжа – подготовка высококвалифицированного специалиста. В этом процессе большую роль играет контроль знаний студентов.

В рамках оценки качества программы подготовки специалистов среднего звена по специальности «Сестринское дело», «Лабораторная диагностика» проводится текущий контроль успеваемости, промежуточная и итоговая государственная аттестация обучающихся.

В соответствии с Федеральным Государственным Образовательным Стандартом среднего профессионального образования третьего поколения Государственная итоговая аттестация стала включать в себя подготовку и защиту выпускной квалификационной работы. В ФГБПОУ «Медицинский колледж» Государственная итоговая аттестация проводится уже второй год в виде защиты дипломной работы.

Таблица

Результаты проведения Государственной итоговой аттестации в форме защиты дипломной работы

Учебный год	2014-2015 гг.				2015-2016 гг.			
	5	4	3	Средний балл	5	4	3	Средний балл
Сестринское дело	47	55	20	4,2	50	54	18	4,3
Лабораторная диагностика	11	10	4	4,3	12	10	3	4,4

На основании ежегодного анализа выпускных квалификационных работ было оценено их качество, выявлены трудности, с которыми столкнулись как студенты, так и преподаватели. Общее количество студентов составило 147 человек, из них учащихся по специальности «Сестринское дело» – 122, «Лабораторная диагностика» – 25, руководителей дипломных работ – 28.

Из таблицы видно, что за отчетный период прослеживается положительная динамика в виде увеличения количества положительных оценок и, соответственно, среднего балла.

Это объясняется учетом погрешностей при прохождении студентами итоговой аттестации первого года, проведением ежегодного методического совета с целью последующего усовершенствования методических разработок по написанию дипломной работы, ежемесячным отчетом студентов и их руководителей о ходе подготовки к защите, привлечением главных и старших медицинских сестер клинических баз медицинского колледжа для помощи в подготовке дипломной работы.

Сложности, возникшие при выполнении дипломной работы:

- отсутствие опыта у научных консультантов, призванных руководить исследовательской работой;
- отсутствие унифицированного положения о дипломной работе.

Определенные сложности для студентов при подготовке обзора литературы по выбранной теме, анализа полученных результатов практической части работы, формировании и изложении выводов.

В качестве возможных путей решения сложностей предложено:

1. Унифицировать положение о дипломной работе, которое даст возможность определить единые требования для всех медицинских колледжей, в свою очередь, особенности выполнения дипломной работы останутся за студентом и его руководителем.
2. Проведение курсов повышения квалификации для руководителей дипломных работ.
3. Привлекать специалистов клиник для активной консультации при сборе материала и подготовке дипломных работ.

Методически грамотно подготовленная курсовая работа, выполненная на 3 курсе, является хорошей базой и опытом для выполнения дипломной работы.

Среди положительных моментов подготовки и защиты дипломных работ следует выделить:

- используя научную литературу, у студентов появляется возможность более углубленно изучить особенности своей профессии в процессе подготовки дипломной работы;
- в ходе подготовки дипломной работы студент раскрывает свой творческий потенциал;
- возможность публиковать полученные результаты в профильных медицинских журналах;
- приобретает опыт исследовательской деятельности, которая в дальнейшем может быть использована в работе.

Вывод: несомненно, подготовка и защита выпускной квалификационной работы требует наряду с активным участием руководителей, очень серьезной работы студентов, так как наиболее важным моментом будет являться востребованность приобретенного опыта исследовательской работы на рынке труда.

М.С. Шатохина

*ФГБУ «Эндокринологический научный центр» МЗ РФ (г.
Москва)*

**ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКИМ ПЕР-
СОНАЛОМ В ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОМ НАУЧНОМ
ЦЕНТРЕ**

Сестринское дело является важнейшей составной частью системы здравоохранения, располагающей значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и квалифицированной медицинской помощи.

Цель: разработать рекомендаций по совершенствованию деятельности среднего медицинского персонала в Эндокринологическом научном центре Минздрава России (ЭНЦ).

Материалы и методы: сведения из годового анализа работы Эндокринологического научного центра Минздрава России (ЭНЦ), статистический анализ.

В настоящее время средний медицинский персонал, составляет самую многочисленную категорию работников здравоохранения, и предоставляемые им услуги рассматриваются как ценный ресурс системы здравоохранения. Практика показывает, что рациональное использование кадров среднего медицинского персонала ведет к значительному улучшению качества оказываемых медицинских услуг в Эндокринологическом научном центре и повышению эффективности медицинской помощи в целом.

Увеличение доли лиц, имеющих сертификат специалиста и квалификационную категорию, позволяет судить о повышении квалификации средних медицинских работников и уровня их профессиональной компетентности, что является предпосылками к более широкому внедрению новых медицинских технологий.

Коренным образом меняется роль и значимость руководителей сестринской службы. С появлением отраслевой программы развития сестринского дела в Российской Федерации (2001 г.), а также приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 1997 г. № 390 «О мерах по улучшению сестринского дела в Российской Федерации», предоставлением среднему медицинскому персоналу возможности получать высшее профильное образование, с проведением аттестаций на подтверждение званий специалиста сестринского звена повысились требования к функциональной деятельности сестер-руководителей.

Выводы. Современные тенденции развития отечественного здравоохранения диктуют необходимость расширения и правового закрепления содержания профессиональной деятельности специалистов со средним медицинским образованием. Все большее признание получает тот существенный вклад, который вносит данная профессиональная группа медицинских работников в дело охраны здоровья населения, более глубоко осознается необходимость дальнейшего развития функций профессиональной деятельности сестринского персонала.

Л.П. Самохина

*ГБУЗ АО «Областной онкологический диспансер» Минздрава
АО (г. Астрахань)*

РОЛЬ И МЕСТО МЕНЕДЖЕРА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Менеджер – это специалист, профессионально занимающийся управленческой деятельностью в конкретной сфере. Современный менеджер должен быть честный, порядочный, принципиален во всех во всех вопросах, уметь противостоять давлению как «сверху», так и «снизу», последовательно и твердо стоять на своем, он должен обладать организаторским качеством, которое должно быть присуще менеджеру, это делови-

тость, энергичность, то есть способность заражать людей уверенностью, стремлением действовать путем логического внушения, личного примера, собственного оптимизма, должна быть присуща дисциплина и контроль над собой. Без этого он не сможет ни призвать к порядку других, ни контролировать их деятельность.

Поэтому менеджер должен контролировать свои эмоции и настроения, изучать эмоции других, чтобы найти подход к их поведению, а также контролировать дисциплину подчиненных. Менеджер должен быть коммуникабельным, контактным, то есть общительным. Он должен уметь располагать к себе людей, слушать и понимать их, убеждать в своей правоте. Важная черта менеджера – реализм. Он должен уметь правильно оценить свои возможности и возможности подчиненных, их поступки, не витать в облаках, тогда не так больно будет падать при неудаче.

Хороший менеджер характеризуется здоровым оптимизмом и уверенностью, он должен уметь обеспечивать сопричастной сотрудников к работе, считаться с желанием подчиненных добиться определенного положения в этом мире, знать их идеалы и способствовать реализации их в жизнь. Но самое главное – менеджер должен обладать умением руководить, организовывать и поддерживать работу коллектива, быть готовым к действиям, риску. Для этого менеджер должен обладать терпимостью к слабостям людей, не мешающим работать, что препятствует успешному решению стоящих перед ним и коллективом задач.

Важнейшим критерием ценности медицинской сестры руководителя является ее управленческая компетентность, лидерские качества, коммуникативные способности, оптимизм, ведение будущего и желания знать то, что не знаешь сегодня.

Организация паллиативной помощи в российской системе здравоохранения.

Каждый год в мире умирает 52 млн человек.

Установлено, что десятки миллионов из них умирают, испытывая страдания. Ежегодно около 5 млн умирает от рака (в России около 300 тыс.), к этому числу можно добавить умирающих от СПИДА и других заболеваний, при которых требуется

специализированная помощь. В многочисленных исследованиях, результаты которых изложены в сотнях научных статей и докладов, отмечено, что как в развитых, так и в развивающихся странах многие больные живут и умирают в неоправданных страданиях без адекватного лечения боли и других патологических симптомов.

Без решения психосоциальных проблем и удовлетворения духовных запросов, зачастую состояния постоянного страха и одиночества. Облегчение страданий – это этический долг медицинских работников. Целью паллиативной помощи пациентам с поздними стадиями активного прогрессирующего заболевания и небольшой продолжительностью жизни является максимальное повышение качества жизни, не предусматривающее ускорение или отдаления смертельного исхода.

Снижение уровня смертности и улучшение качества жизни онкологических больных входят в список приоритетных задач российского здравоохранения. В программе «Здравоохранение – 2020» уже сформулирована переориентация на первичную медико-санитарную помощь, предполагающая раннюю диагностику и профилактику заболеваний.

В этом контексте медицинские сестры могут сыграть особо важную роль в формировании медицинской активности населения, санитарном просвещении, организации образовательных программ, а также в повышении мотивации пациентов к переходу от теоретических знаний о пользе профилактики к ее практическому применению.

Особенности работы медсестры с паллиативными больными.

Работа медицинских сестер в паллиативной помощи кардинально отличается от работы с пациентами, других отделений.

Медсестре необходимо:

- оказать психологическую помощь пациенту;
- снизить его эмоциональную реакцию;
- страх, панику, гнев или депрессию.

Пациенты по-разному реагируют на поставленный диа-

гноз: одни бросают все свои силы на борьбу с заболеванием, а другие замыкаются и отказываются проходить курс лечения, что только осложняет ситуацию.

Психологическое состояние человека, узнавшего о наличии онкологического или иного неизлечимого заболевания, характеризуется особенно высоким уровнем тревоги. Главный вопрос о том, как сообщить пациенту и его родственникам о сложившейся ситуации.

Зачастую, чтобы не травмировать пациента, заболевание «рак» заменяют другими терминами: опухоль, полипы и так далее. Учеными установлено: большинство больных проходят через пять основных стадий психологической реакции. Сначала отрицание или шок. Потом гнев и попытка «выторговать» свое здоровье. Далее депрессия и лишь в конце принятие.

Рак – проблема общемирового масштаба и поэтому необходима организация паллиативной помощи онкологическим больным.

За рубежом – это очень развито. В России существует дефицит учреждений, оказывающих паллиативную помощь.

Доступ к ней имеют только 10 % нуждающихся россиян. При потребности в не менее 600 паллиативных учреждений, в России действуют 100 учреждений для взрослых больных, и лишь 1 (созданный с помощью русской православной церкви в Санкт-Петербурге) для детей.

Понятие «паллиативная» (медицина /помощь) происходит от латинского «*pallium*» и означает «покрывало, покров, покрытие». Иными словами, это защита и всесторонняя опека больного.

Цель паллиативной помощи – достижение наилучшего качества жизни больных и членов их семей.

Функции медицинской сестры при оказании паллиативной помощи в ЛПУ

Профессиональная медицинская сестра обязана знать должностные обязанности, правила внутреннего распорядка, этику и деонтологию, приказы, стандарты деятельности и т.д., уметь на практике применять все знания, при первой же необхо-

димости быть рядом с пациентом и оказать ему помощь в трудной ситуации.

При оказании помощи пациенту на последнем этапе жизни медицинская сестра должна обладать рядом качеств, без которых невозможно быть рядом с пациентом: милосердием, добротой и отзывчивостью, чувством сострадания и способностью к сопереживанию. Этим качествам нельзя научиться, они должны быть в сердце каждого, кто выбирал нелегкий труд медсестры.

Паллиативный сестринский уход

Паллиативный уход – это активная забота о пациенте и его семье, когда болезнь не поддается обычным методам лечения. Паллиативный уход предусматривает создание максимального комфорта, снятие тягостных симптомов болезни, удовлетворение психологических, физических, социальных и духовных потребностей.

Медицинская сестра, профессионально занимающаяся квалифицированным уходом за пациентом, должна знать шесть принципов паллиативного ухода:

- взгляд на умирание как на естественный процесс;
- не ускорять и не замедлять смерть, не применять агрессивное лечение;
- облегчать боль, устранять страдания и другие тягостные симптомы;
- оказывать психологическую и духовную поддержку больному;
- принимать меры для поддержки активной жизни до момента смерти;
- оказывать поддержку родственникам после его смерти.

Вопросы медицинской этики и деонтологии, которые должна знать медицинская сестра:

- уважение жизни;
- неизбежность смерти;
- рациональное использование возможных ресурсов;

- доброе и чуткое отношение;
- уважение мнения пациента, в том числе отказ от пищи и лечения.

Кроме того медсестре необходимо владеть навыками консультирования в пределах своей компетенции, учитывать религиозные, социальные, физические, психологические потребности пациента, применять принцип рационального питания при различных заболеваниях, а также знать терапию тяжелых симптомов при далеко зашедшем заболевании.

Но одних знаний недостаточно для осуществления полноценного ухода за тяжелыми пациентами.

Необходимо применять их на практике, поэтому медицинская сестра должна уметь:

- находить выход из трудных ситуаций и принимать взвешенные решения:
 - грамотно и в доступной форме предоставлять родственникам информацию о состоянии и потребности пациента (в рамках своей компетенции);
 - рационально распределять свое рабочее время;
 - грамотно и качественно выполнять сестринские манипуляции;
 - обучать пациента и родственников элементам ухода;
 - достойно и с почтением выполнять просьбы пациента;
 - оказывать психологическую поддержку пациенту и его семье в период болезни и после смерти.

Таким образом, вы сможете сохранить доверительные отношения, которые помогут сплотить семью в трудный момент, а вы получите массу положительных эмоций от выполненной вами работы.

М.А. Шаповалова, Н.В. Горелова, М.В. Штено

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕГИОНАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

В условиях экономических преобразований российского здравоохранения, направленных на сохранение демографического потенциала населения с одной стороны и эффективное управление ресурсами – с другой, качество медицинской помощи стало обязательным элементом в оценке деятельности лечебных учреждений [1, 2, 3, 4]. Качество сестринского обслуживания является важнейшим аспектом качества медицинской помощи населению, характеризующим деятельность отрасли как системы. Создание эффективной системы управления деятельностью сестринских служб, способной формировать в практическом здравоохранении среду для использования медсестер современного уровня, становится важнейшей составляющей системы управления качеством в здравоохранении. Медицинские сестры способны удовлетворить потребности населения в медицинской помощи, обеспечивая доступность и качество ее исполнения [5].

Эксперты Всемирной организации здравоохранения при определении задач и содержания деятельности по обеспечению качества медицинской помощи рекомендуют ориентироваться на следующие компоненты:

- качество выполнения профессиональных функций медицинскими работниками;
- полнота и эффективность использования ресурсов;
- сведение до минимума риска для пациента при осуществлении медицинского вмешательства;
- наличие удовлетворенности пациента медицинским вмешательством.

Мнение пациентов об удовлетворенности сестринским обслуживанием является одной из важных характеристик качества сестринской помощи, поэтому при выработке механизмов совершенствования сестринского ухода это мнение необходимо

учитывать [6].

Целью исследования явилось изучение мнения населения о качестве труда среднего медицинского персонала системы родовспоможения, а также изучение факторов, влияющих на удовлетворенность женщин качеством оказания медицинской помощи в учреждениях региональной системы родовспоможения. На базе ГБУЗ КРД и ГБУЗ ОПЦ г. Астрахани было проведено анкетирование женщин-родильниц. После получения устного согласия анкетирование проведено у 500 женщин, все респонденты были предупреждены об анонимности исследования. Анкеты содержали 21 вопрос с вариантами ответов, которые предлагалось выбрать.

Удовлетворенность своевременностью оказания помощи положительно высказало 85,0 % родильниц, условиями пребывания – 67,6 % женщин, санитарно-гигиеническим состоянием – 81,2 % женщин, количеством и качеством питания – 78,4 % женщин,

предоставлением объяснений предстоящих вмешательств – 96,8 %. Обучение уходу за новорожденными было проведено с 86,6 % женщин-матерей, обучение принципам грудного вскармливания в 75,0 %.

Для анализа причин неудовлетворенности пациентов качеством предоставляемых сестринских услуг использовали методики исследования причинно-следственных связей с помощью диаграммы Исикавы. Справа, у основания «хребта», записывали подлежащую рассмотрению проблему качества; на ответвлениях диаграммы – ее «ребрах» – выделили основные группы причин, а еще выше – сами причины, вызывающие исследуемую проблему качества.

Необходимо прежде всего обращать внимание:

- на оптимальность организации процессов и профессионализм сестринского персонала – быстрота реакции медицинского персонала на обращения пациентов, информирование пациентов о предстоящих вмешательствах;
- на уровень комфортности – комплекс свойств службы родовспоможения, связанных с эстетическим и ощущениями

и предпочтениями пациентов, удобством и комфортностью пребывания;

- на оптимальность организации процессов обучения пациенток – соответствие требованиям программы ВОЗ ЮНИСЕФ «Поддержка и поощрение грудного вскармливания», удовлетворенность качеством предоставляемой информации об уходе за новорожденными, распорядке дня;

- на соблюдение деонтологических принципов в работе среднего медицинского персонала – доброжелательность, внимательность и отзывчивость сестринского персонала родильного дома.

Таким образом, проведенные исследования по изучению мнения родильниц об удовлетворенности качеством сестринской помощи службы родовспоможения, дают возможность определить приоритетные направления по улучшению работы медицинских сестер и оперативно принимать меры по устранению недостатков. Результаты проведенного исследования подтверждают, что для улучшения качества сестринской помощи необходима четкая организация рабочих мест и рациональное использование рабочего времени, непрерывное повышение квалификации и совершенствование профессионального мастерства, создание оптимальных условий труда медицинских сестер. Следует обратить более пристальное внимание среднего медицинского персонала на обучение родильниц правилам ухода за новорожденным ребенком, принципам рационального вскармливания. Немаловажное значение имеют этические и деонтологические аспекты в деятельности медицинских сестер службы родовспоможения, обучение их психологии общения с пациентами. Выявление и ликвидация причин неудовлетворенности медицинской помощью позволит повысить престиж медицины среди населения.

Список литературы

1. Горелова, Н. В. Оценка деятельности сестринского персонала в родовспомогательном учреждении / Н. В. Горелова, Л. А. Огуль // Астраханский медицинский журнал. – 2012. – №

1. – С. 97–101.

2. Горелова, Н. В. Дефекты работы среднего медицинского персонала родильного дома / Н. В. Горелова, М. А. Шаповалова, Н. В. Милехина // В мире научных открытий. – 2014. – № 6 (54). – С. 147–158.

3. Шаповалова, М. А. Жизненный потенциал населения в период формирования рыночных отношений / М. А. Шаповалова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2004. – № 3. – С. 11–13.

4. Шаповалова, М. А. Медико-демографические и экономические аспекты воспроизводства населения : монография / М. А. Шаповалова. – Астрахань, 2003. – 107 с.

5. Шаповалова, М. А. Социально-экономические аспекты воспроизводства населения / М. А. Шаповалова // Экономика здравоохранения. – 2004. – № 4. – С. 12–16.

6. Шаповалова, М. А. К вопросу о качестве сестринской помощи в родильном доме / М. А. Шаповалова, Н. В. Горелова, Н. В. Милехина, И. А. Кашкарова // Современная российская наука глазами молодых исследователей : мат-лы III Международной научно-практической конференции молодых ученых и специалистов. – Красноярск, 2013. – С. 293–298.

*Т.Н. Доронина, Т.И. Балашова,
О.П. Каменева, И.Л. Халтурина*

ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России (г. Астрахань)

ИННОВАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ В ОРГАНИЗАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Формирование детской кардиологической службы Астраханской области проходило в педиатрической среде. Важную роль сыграли Астраханское общество детских врачей, сотрудники кафедры детских болезней Астраханского государственного медицинского института, практического здравоохранения и

прежде всего профессора Г.М. Слущкая и Н.Н. Силищева.

С 1993 г. прошла целая эпоха становления и развития кардиологической помощи детям, в том числе формирование неонатальной кардиологии. Этой проблеме были посвящены 14 кандидатских диссертаций, где представлены клинко-патогенетические аспекты врожденных пороков сердца, кардио-адаптация и реабилитация детей, перенесших кардиохирургическую коррекцию в периоде новорожденности и раннем возрасте.

В рамках комплексной НИР (2009–2013) выполнены 2 докторские диссертации, посвященные оптимизации диагностики, прогнозирования и лечения нарушений сердечной деятельности у детей с врожденными пороками сердца (ВПС), в том числе у детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

Наряду с этим разработаны новые современные аспекты патогенеза (в частности, цитокиновая модель), диагностики и прогнозирования характера течения хронической сердечной недостаточности. С 2014 г. начата комплексная НИР «Современные аспекты патогенеза, диагностики, прогнозирования и терапии нарушений сердечной деятельности при кардиальных и экстракардиальных заболеваниях у детей».

Для повышения уровня подготовки практических врачей с 2006 г. стала ежегодно проводиться межрегиональная научно-практическая конференция по проблемам кардиологии детей и взрослых. С 2011 г. включены актуальные вопросы кардиохирургии.

За период 2006–2016 гг. в межрегиональных научно-практических конференциях приняли участие более 1 700 практикующих врачей, сотрудников ВУЗов и молодых ученых разных городов (Москва, Волгоград, Саратов, Кемерово, Уфа, Казань и др.). Издано 10 сборников материалов этих конференций, с общим количеством работ более 540.

Проведение конференций позволило поднять уровень профессиональной подготовки врачей-педиатров и терапевтов по кардиологии, помочь становлению молодых врачей [1, 2].

Совместная деятельность Астраханского отделения ас-

социации детских кардиологов, сотрудников кафедр и практического здравоохранения дала возможность повысить уровень подготовки врачей-педиатров и детских кардиологов [3].

С апреля 2009 г. активно начал работать ФГБУ ФЦ сердечно-сосудистой хирургии (ССХ) (г. Астрахань), осуществляя кардиохирургическую помощь детям по высоким технологиям. Разрешен ряд проблем, связанных с ВПС, нарушениями ритма сердца и кардиомиопатиями.

Постановление № 10 П от 07.02.2012 г. Минздрава Астраханской области «О взаимодействии медицинских организаций при оказании медицинской помощи детям с врожденными пороками развития и наследственной патологией сердечно-сосудистой системы на территории АО» способствовало формированию нового этапа организации кардиологической помощи детям – создан областной кардиологический диспансер. Это позволило скоординировать деятельность детских поликлиник города и области с ФЦ ССХ г. Астрахани.

Важную роль сыграли кардиологи областного диспансера в подготовке детей к кардиохирургической коррекции и диспансерном наблюдении после операции. Отделения ГБУЗ «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой» принимают активное участие в предоперационной подготовке детей первых месяцев жизни, имеющих сложные пороки сердца с выраженными признаками ХСН.

Кроме этого, специалисты этой клиники и сотрудники кафедры госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования успешно решают проблемы детей с нарушениями ритма сердца, привлекая в отдельных случаях аритмологов ФЦ ССХ. Проведенные реорганизационные и инновационные мероприятия позволили повысить уровень оказания квалифицированной кардиологической помощи детям и снизить показатели летальности у детей до 1 года в 2,5 раза.

С 2012 г. внедрено применение регистра больных с врожденными пороками сердца и аритмиями. Это позволило ежегодно анализировать структуру данных болезней сердца, эффективность антенатальной и постнатальной диагностики,

своевременность оказания кардиохирургической помощи.

С ростом высокотехнологичных решений возникла необходимость создания электронного регистра при помощи интернет-технологий с доступом через всемирную сеть. Цель создания электронного регистра детей с ВПС на территории Астраханской области – максимально быстрый и простой доступ специалистов с любого компьютера с минимальными материальными затратами. Данный электронный регистр уже готовится к использованию на практике.

С 2015 г. на базе ФЦ ССХ проводится диагностика и инициируется лечение детей с легочной гипертензией, а дети с вторичной легочной гипертензией получают лечение в условиях кардиологического отделения ГБУЗ «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой».

Широко используется холтеровское мониторирование ЭКГ как в стационарных условиях, так и в амбулаторных. Холтеровское мониторирование позволяет выявить преходящие нарушения ритма, АВ-блокады, слабость синусового узла. Кардиоинтервалография (КИГ) – метод, позволяющий путем математического анализа сердечного ритма раскрыть сущность адаптационно-компенсаторных реакции организма. В последние два года используется определение variability ритма сердца с помощью аппарата «Полиспектр – 12Е» при различных заболеваниях.

ЭКГ высокого разрешения (ВРС) является перспективным методом определения электрической нестабильности миокарда и прогнозирования развития аритмий. Использование метода ЭКГ-ВРС открывает новые возможности для понимания сути электрофизиологических изменений в миокарде желудочков у больных с различной патологией, расширяет спектр методов прогнозирования электрической нестабильности миокарда.

Чрезвычайно важна организация и проведение оздоровительных и реабилитационных мероприятий у детей с патологией сердечно-сосудистой системы. В последние годы проблема восстановительного лечения стала наиболее актуальной, социально значимой и широко востребованной. Необходимо, чтобы дети с

различной сердечно-сосудистой патологией проходили реабилитацию и восстановительное лечение в детском кардиологическом отделении, в педиатрических отделениях ГБУЗ «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой».

Для эффективного функционирования специализированной кардиологической помощи детям необходимо решить ряд задач: совершенствование преемственности между лечебно-профилактическими учреждениями и ФГУ ФЦССХ г. Астрахани; постоянное повышение квалификации и профессиональной переподготовки педиатров и детских кардиологов; внедрение научно-обоснованных подходов к диагностике и лечению детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями; совершенствование стандартов диагностики и лечения; рациональное использование высокотехнологичной помощи детям с патологией сердца.

Список литературы

1. Доронина, Т. Н. Инновационный подход в решении проблемы подготовки ординаторов по детской кардиологии / Т. Н. Доронина, Т. И. Балашова, Н. С. Черкасов, П. Б. Хиштилова // Инновационные подходы в системе непрерывного медицинского образования ординаторов : мат-лы Межрегиональной научно-практической конференции (г. Астрахань, 26 ноября 2015 г.). – Астрахань, 2016. – С. 31–35.

2. Черкасов, Н. С. Детская кардиология в Астраханской области : прошлое, настоящее и будущее / Н. С. Черкасов, Т. Н. Доронина // Кардиология и кардиохирургия : инновационные решения – 2016 : мат-лы юбилейной 10-й межрегиональной научно-практической конференции (Астрахань, 8–9 апреля 2016 г.). – Астрахань, 2016. – С. 3–8.

3. Шаповалова, М. А. Профессиональная культура как фактор формирования нового персонала ЛПУ / М. А. Шаповалова, В. П. Анопко // Сестринское дело. – 2010. – № 7. – С. 18.

Ю.А. Зурнаджьянц, И.А. Кашкарова

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

В настоящее время нет единого мнения относительно параметров оценки сестринского персонала учреждений здравоохранения и их служб. Очевидным является то, что простое перечисление качеств специалиста любого уровня не является универсальной оценкой. В этой связи предлагается подход, согласно которому принимаются во внимание не только личностные и деловые качества, но и профессиональные знания и умения, а также уровень квалификации специалиста.

Ведущие специалисты в области управления пришли к выводу, что существует определенная связь между личностными особенностями и степенью успешности выполняемой профессиональной роли. Это означает, что для оценки кадров управления нужен комплексный интегральный показатель.

Таким образом, необходимой в настоящее время является такая реорганизация в сфере улучшения деятельности сестринского персонала, чтобы можно было эффективно использовать его профессиональный потенциал в целях повышения качества медицинской помощи.

Для реализации задуманного исследования необходимы разработка и использование комплексного подхода, обеспечивающего коренное изменение эффективности деятельности медицинской сестры как специалиста.

В связи с этим работа, посвященная вопросам реорганизации в сфере улучшения деятельности сестринского персонала, с целью более эффективного использования его профессионального потенциала, безусловно, является актуальной и практически значимой.

Цель работы: на основе системного анализа работы сестринского персонала разработать и внедрить методологические

подходы эффективного совершенствования деятельности средних медицинских работников различных должностей в условиях современного лечебно-профилактического учреждения.

Для достижения указанной цели в работе поставлены и решены следующие задачи:

- оценить роль средних медицинских работников, занимающих различные должности, в здравоохранении, а также возможности совершенствования сестринской помощи и развития сестринского персонала в современных условиях;
- проанализировать существующую организацию деятельности специалистов сестринского дела, включающую принципы подбора, практику расстановки средних медицинских работников и сформировать модели рабочих мест сестринского персонала различных должностей;
- разработать методологию индивидуальной оценки трудового потенциала средних медицинских работников на основании метода экспертных оценок.

Предметом исследования явилось содержание деятельности сестринского персонала в лечебно-профилактических учреждениях.

Объектом настоящего исследования стал сестринский персонал учреждений здравоохранения, занимающий различные должности. В исследованиях приняли участие 3265 медицинских сестер, из них 240 организаторов сестринского дела (6 главных медицинских сестер и 234 старшие медицинские сестры).

Факторы, влияющие на подбор медицинских работников, определяются в процессе системного анализа их деятельности, что является основой формирования моделей рабочих мест специалистов сестринского дела, занимающих различные должности.

Анализ и оценка потенциала трудовой деятельности медицинских работников, а также уровень мастерства специалиста в процессе его деятельности, определяют подходы к расстановке персонала и ротации кадров внутри лечебно-профилактического учреждения, определяют соответствие характеристик человека

модели рабочего места, устанавливают его профессиональную пригодность и служебный рост.

Систематизация факторов, влияющих на профессиональную компетентность медицинских работников различной квалификации, их анализ и оценка помогут сформировать эффективную систему профессиональной подготовки, основу которой составят разработанные образовательные программы, совершенствующие практические навыки, умения и способность выполнять новые трудовые функции.

Организаторы сестринского дела лечебно-профилактических учреждений не занимаются диагностикой профессионально важных качеств кандидатов на вакантные должности. При принятии на работу специалистов сестринского дела руководители учреждений здравоохранения ориентируются, в основном, на стаж (47 %), возраст (38 %) и опыт (15 %) специалиста. Исходными данными для расстановки сестринских кадров являются стандартные документы: штатное расписание, личное дело сотрудника, материалы аттестационной комиссии.

Комплексный подход к оценке деятельности сестринского персонала позволил разработать модели рабочих мест для средних медицинских работников, занимающих различные должности, с реализацией в компьютерной программе. Составляющие каждой модели содержат качественные и количественные характеристики, основными из которых являются профессиональные знания, профессиональные умения, личностные качества и уровень квалификации специалиста.

Качество трудовой жизни специалистов сестринского дела существенно влияет на результат деятельности учреждений здравоохранения. Его улучшение дает возможность избежать текучести кадров, укомплектовать рабочие места и мотивировать средний медицинский персонал к трудовой деятельности. Качество трудовой жизни сестринского персонала, по оценке экспертов, определяют такие критерии как «оплата труда» (67 %), «рабочее место» (59 %), «трудовой коллектив» (46 %), «руководство организацией» (42 % >), «служебная карьера» (34 %), «социальные гарантии» (28 %).

Индивидуальная оценка трудового потенциала специалистов сестринского дела, проведенная с использованием метода экспертных оценок, определения весовых коэффициентов, ранжирования элементов рабочего места специалиста и моделей рабочего места, дает возможность руководителю грамотно спланировать расстановку специалистов, последипломное обучение, сформировать картину служебного роста работника, что окажет непосредственное влияние на показатели качества медицинской услуги в целом.

Сестринский персонал, имеющий в настоящее время разные уровни образования (базовое, повышенный уровень, высшее), испытывает дефицит профессиональных знаний, который составляет 54 % от общего количества необходимых в профессиональной деятельности знаний, не умеет использовать полученные знания на практике, а также не имеет возможности применять полученные знания в процессе трудовой деятельности на что указали 69 % специалистов сестринского дела. Эффективность профессионального развития сестринского персонала основывается на создании системы планирования и прогнозирования обучения, формировании требований к рабочим местам сестринского персонала, профессионально-психологической оценке специалистов сестринского дела, анализе их работоспособности и грамотном подборе специалистов на вакантные места.

Практическая значимость работы. Выдвинутые в результате проведенного исследования положения и выводы имеют практическое значение для определения направлений и путей повышения эффективности функционирования и развития сестринского персонала лечебно-профилактических учреждений.

Предложенные модели рабочих мест медицинских сестер могут использоваться при приеме кандидата на вакантное место, при оценке трудового потенциала специалиста сестринского дела, при аттестации средних медицинских работников, при проведении самооценки сестринским персоналом.

Рекомендации могут быть реализованы в системе управления сестринским персоналом лечебно-профилактических учреждений различного профиля.

Результаты проведенного анализа нашли свое практическое отражение в совершенствовании деятельности сестринского персонала лечебно-профилактических учреждений, в работе организаторов сестринского дела.

Список литературы

1. Горелова, Н. В. Хронометраж работы сестринского персонала в клиническом родильном доме / Н. В. Горелова, Л. А. Огуль, М. А. Шаповалова // Экономика здравоохранения. – 2011. – № 3. – С. 54–57.
2. Шаповалова, М. А. Профессиональная культура как фактор формирования нового персонала ЛПУ / М. А. Шаповалова, В.П. Анопко // Сестринское дело. – 2010. – № 7. – С. 18.
3. Шаповалова, М. А. Функционирование лечебно-профилактических учреждений в период реформ / М. А. Шаповалова // Учетно-аналитические инструменты развития инновационной экономики: мат-лы международной научно-практической конференции. – Астрахань, 2009. – С. 298–299.

М.А. Шаповалова, Л.Р. Корецкая

ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России (г. Астрахань)

ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Приоритетными направлениями деятельности государства в здравоохранении являются поддержка общественно значимых интересов и целей. Для реализации больших проектов всегда существует определенный финансовый дефицит, а бизнес в настоящее время заинтересован в новых объектах с устойчивым спросом для инвестирования. Эти обстоятельства и являются предпосылками для развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения.

Социальная сфера является самой важной частью общей политики государства. Именно она показывает образ и уровень жизни населения, их благосостояние, потребление, то есть эффективность работы властей всех уровней.

Приоритетными направлениями деятельности государства в здравоохранении являются поддержка общественно значимых интересов и целей. Для реализации больших проектов всегда существует определенный финансовый дефицит, а бизнес в настоящее время заинтересован в новых объектах с устойчивым спросом для инвестирования.

Эти обстоятельства и являются предпосылками для развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения [1, 2, 4, 5].

Государственно-частное партнерство (ГЧП) – совокупность форм средне- и долгосрочного взаимодействия государства и бизнеса для решения общественно значимых задач на взаимовыгодных условиях (Public-Private Partnership – PPP).

В сфере здравоохранения понимается более глубокое участие государства в соответствующих проектах, по сравнению с его обычными контрольными функциями, таких как выдача лицензий, право на доход, право на управление и т.д. Выступая в роли участника хозяйственного оборота, государство заинтересовано как в эффективности общих результатов проекта ГЧП, так и в обеспечении собственного коммерческого эффекта. Частный партнер также преследует цель стабилизации и увеличения прибыли. Таким образом, обе стороны партнерства одинаково заинтересованы в успешном осуществлении проектов в целом.

Моделями, наиболее приемлемыми в здравоохранении являются организационные модели, где сотрудничество партнеров осуществляется за счет переуступки отдельных функций, контрактных обязательств, а также концессионных соглашений.

Контракты заключаются между государством либо органом местного самоуправления и ЛПУ на осуществление определенных общественно важных медицинских услуг. В административных контрактных отношениях права собственности не передаются частному партнеру, а расходы и риски полностью

несет государство. Частный партнер, производя определенную медицинскую услугу, получает право на оговариваемую долю в прибыли. Как правило, контракты с государственным органом представляют значительный интерес для частного предпринимателя, поскольку гарантируют ему устойчивый рынок, доход и возможные льготы.

Специфичность концессии состоит в том, что государство в рамках партнерских отношений, оставаясь полноправным собственником имущества, уполномочивает частного партнера выполнять в течение определенного срока оговариваемые в соглашении услуги и наделяет его соответствующими полномочиями, необходимыми для обеспечения нормального функционирования объекта. За пользование государственной или муниципальной собственностью концессионер вносит плату на оговоренных условиях, а право собственности на выработанную продукцию передается концессионеру.

Среди ЛПУ выделяются негосударственные учреждения здравоохранения (НУЗ), формирующие ведомственные службы здравоохранения. Отличиями государственных и негосударственных лечебных учреждений является то, что первые планируют деятельность в виде медицинских услуг, а вторые в виде услуг и их стоимостного выражения [3]. Сутью планирования в государственных учреждениях является статистический учет, в негосударственных – прогнозирование объемов деятельности и денежных поступлений. Одной из основных задач, стоящих перед негосударственными учреждениями здравоохранения при решении проблем охраны и укрепления здоровья работающих заключается в решении организационно-управленческих и финансово-хозяйственных проблем здравоохранения адекватно происходящим изменениям экономики. Негосударственные учреждения здравоохранения способны рационально использовать финансовые ресурсы, эффективно управлять ими, внедрять новые методы работы, проявлять оперативность в принятии решений.

Многолетний опыт, позволяющий негосударственному учреждению здравоохранения работать и развиваться в новых

организационно-правовых условиях, необходимо учитывать при выборе частного партнера. Модель государственно-частного партнерства при взаимодействии государства и негосударственных учреждений здравоохранения является наиболее перспективной, реконструкция медицинской организации осуществляется за счет средств частного партнера с возможным долевым участием государства в финансировании.

Реконструкция медицинской организации должна решать актуальные проблемы в здравоохранении региона за счет оказания дефицитных медицинских услуг или оказания определенного вида медицинских услуг. Частный партнер получает право оказывать определенные медицинские услуги и взимать плату за их оказание и будет заинтересован в данной модели, если она обеспечит ему отдачу за вложенный капитал.

Государству также выгодна данная модель взаимодействия потому, что она не предполагает создания новой медицинской организации, реконструкция организации производится совместно с частным партнером и реализация данной модели предполагает долевой участие государства и бизнеса.

Для эффективного сотрудничества государства и частного партнера необходим ряд требований к медицинской организации:

- соответствие единым требованиям к медицинской организации, независимо от формы собственности;
- экономически обоснованная величина тарифа;
- эффективный менеджмент в управлении ресурсами и затратами, ведение управленческого учета;
- наличие квалифицированных кадров, имиджа организации, наличие корпоративной культуры;
- наличие современного высокотехнологического оборудования.

Эффективность развития ГЧП напрямую зависит от зрелости частной медицинской организации. На примере ведомственных ЛПУ видно преимущество частного партнера в уровне профессиональных и управленческих знаний. Ведь именно эти медицинские организации чаще всего оказывают услуги за

наличный расчет, по программам добровольного медицинского страхования и участвуют в системе оказания медицинской помощи по программам ОМС с учетом требований отраслевых стандартов оказания медицинской помощи.

Список литературы

1. Бондарев, В. А. Экономические аспекты частичной госпитализации / В. А. Бондарев, Л. Р. Корецкая // Экономист лечебного учреждения. – 2012. – № 6. – С. 41–48.
2. Корецкая, Л. Р. Анализ деятельности неврологического стационара в негосударственном учреждении здравоохранения / Л. Р. Корецкая, М. А. Шаповалова // Главный врач : хозяйство и право. – 2011. – № 6. – С. 37–41.
3. Огуль, Л. А. Планирование стратегий ЛПУ / Л. А. Огуль, В. П. Анопко, М. А. Шаповалова / Наука Красноярья. – 2012. – № 5. – С. 60–68.
4. Шаповалова, М. А. Условия реформирования здравоохранения / М. А. Шаповалова, В. П. Анопко // В мире научных открытий. – 2010. – № 2–4. – С. 159–160.
5. Шаповалова, М. А. Функционирование лечебно-профилактических учреждений в период реформ / М. А. Шаповалова // Учетно-аналитические инструменты развития инновационной экономики: мат-лы международной научно-практической конференции. – Астрахань, 2009. – С. 298–299.

Л.А. Удочкина

ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ВНЕАУДИТОРНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА МЛАДШИХ КУРСАХ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Современная концепция образования предусматривает многоуровневую подготовку медицинских кадров. В соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами среднего профессионального образования в нашем

вузе осуществлен переход к компетентностно-ориентированному образованию, когда в результате интегрирования понятий знание – понимание – навыки формируются способность и готовность к профессиональной деятельности, обозначаемые как компетенции [1, 2].

Работа над улучшением системы преподавания включает в себя: организацию учебного процесса, отвечающую современным требованиям подготовки специалистов, разработку новых форм работы, совершенствование методов обучения.

Базовыми дисциплинами в системе подготовки сестринских кадров является анатомия и физиология человека.

Организация учебного процесса для обучающихся факультета среднего профессионального образования имеет некоторые особенности. Для правильного его построения и обеспечения оптимального результата необходимо наличие нескольких факторов. Наряду с высокой компетентностью преподавателя, на наш взгляд, важна заинтересованность обучающихся. Для формирования творческого компонента процесса учения необходимы: мотивация, активность действий со стороны обучающихся и методологическая обеспеченность курса.

Несомненно, в ходе учебного процесса необходимо учитывать направление подготовки. Кафедра анатомии Астраханского ГМУ предлагает обучающимся всех форм подготовки широко использовать экспонаты анатомического музея, в котором представлены натуральные препараты по всем разделам анатомии человека.

Например, обучающиеся отделения «Акушерство» в учебном процессе широко используют коллекцию натуральных препаратов музея, демонстрирующих половую систему женщины. Кроме того, в экспозиции представлены в сравнении скелеты таза женщины и мужчины, обозначены размеры женского таза, а также акушерский циркуль, для их определения. Экспонат женской промежности облегчает понимание анатомии этой области, помогает определить понятие «акушерская промежность».

Практические занятия с обучающимися отделения

«Стоматология ортопедическая» регулярно проводятся с использованием экспонатов, демонстрирующих основные виды прикусов, жевательный аппарат человека в различных ракурсах. Обращается внимание на возрастные и половые особенности жевательного аппарата, что, безусловно, не только облегчает понимание материала, но и повышает мотивацию к получению новых знаний и умений и, следовательно, освоению необходимых компетенций.

Существенную помощь в интеграции знаний оказывает экспозиция по сердечно-сосудистой системе, где представлены все сосуды, поименованные в анатомической номенклатуре. В изложение материала включаются результаты научных исследований по рассматриваемым темам [3].

Используя эту уникальную возможность обучающиеся каждого направления подготовки могут освоить интересующую их область.

Неотъемлемой частью современной стратегии профессионального образования является самостоятельная работа обучающихся. Эффективность самостоятельной работы значительно повышается при активном их вовлечении во внеаудиторную деятельность.

Опыт кафедры анатомии Астраханского государственного медицинского университета показывает, что одной из плодотворных форм работы со студентами является проведение тематических мини-конференций. На заданную тему ребята готовят доклады и презентации, представляют их перед сокурсниками. Поиск материала, подготовка сообщения и презентации под контролем преподавателя, представление сведений в легко запоминающейся, порой юмористической, форме, облегчает усвоение трудных для обучающихся тем.

Кроме того, в ходе подготовки сообщения и презентации у студентов вырабатываются навыки реферирования, представления материала в виде интересного доклада, формируется опыт публичных выступлений, совершенствуется русский язык. Важен и соревновательный принцип, непременно сопровождающий эти мероприятия и формирующий у студентов компетент-

ностный подход к обучению.

В последние годы все настоятельнее проявляется потребность в повышении общего культурного уровня студентов. Интересной формой просветительской деятельности, на наш взгляд, могут служить тематические конференции, охватывающие как медицинскую тематику, так и вопросы искусства.

На кафедре анатомии Астраханского государственного медицинского университета есть ежегодный опыт проведения конференции «Медицина в искусстве». В программе этого мероприятия рассматриваются вопросы отражения образа врача в литературе, поэзии, изобразительном искусстве.

Речь идет и о том, как само искусство может являться средством для лечения различных патологических состояний человека. Студенты читают стихи поэтов – врачей и о врачах, причем особое внимание уделяется медикам – астраханцам. Обучающиеся факультета среднего медицинского образования активно участвуют в этом мероприятии, представляя доклады с использованием произведений литературы и искусства своих стран. Такая форма работы со студенческой молодежью позволяет расширить границы специального образования, повысить культурный уровень студентов, раскрыть их творческие способности.

Список литературы

1. Баженов, Д. В. Роль и место анатомии в новом Федеральном государственном стандарте подготовки врача стоматолога / Д. В. Баженов, Н. В. Блинов, В. М. Калининско, А. А. Медведева // Инновационные технологии в преподавании морфологических дисциплин. – 2012. – Вып. 1. – С. 7–8.
2. Железнов, Л. М. О методике преподавания на кафедре анатомии человека ОрГМА в свете новых образовательных стандартов / Л. М. Железнов, В. Г. Титов, Э. Н. Галеева // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 11. – С. 1030–1034.
3. Кафаров, Э. С. Стереoанатомия артериальной и венозной системы почек человека / Э. С. Кафаров, Б. Т. Куртусунов // Астраханский медицинский журнал. – 2012. – Т. 7, № 4. –

Б.Т. Куртусунов

ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России

***НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ПРЕПОДАВАНИИ АНАТОМИИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ***

«Сердечно-сосудистая система» является одним из наиболее сложных и обширных разделов анатомии, позволяющих интегрировать уже имеющиеся знания студентов по всем другим темам. В процессе изучения особенностей ветвления артериальных и слияния венозных сосудов обязательно рассматривается внутриорганный сосудистый сет, что позволяет повторить соответствующие темы по спланхнологии и создать целостное представление о строении и функции органов [5].

Неоценимую помощь в освоении сердечно-сосудистой системы оказывает экспозиция анатомического музея кафедры анатомии. Так, в ней представлены экспонаты «Артерии сердца», «Аорта с ее ветвями», «Артерии тонкой кишки», где демонстрируются аркадный тип анастомозов, «Артериальные сосуды почек» и многие другие.

Все анатомические объекты снабжены информационными табличками, позволяющими определить название сосуда, область его васкуляризации и выявить возможные анастомозы.

При изучении анатомии венозной системы используются экспонаты «Верхняя и нижняя полая вены», «Воротная вена» демонстрирующие не только притоки этих крупных венозных коллекторов, но и их анастомозы. Следует отметить, что, как и на схемах в учебной литературе, сосуды системы полых вен окрашены в голубой цвет, а воротной вены – в фиолетовый, что облегчает восприятие этой сложной темы.

В экспозициях анатомического музея нашли свое отражение и результаты научных исследований кафедры. Так, на коллекции коррозионных препаратов, выполненных сотрудни-

ками кафедры, можно продемонстрировать сосуды сердца, головы и шеи, особенности хода сонных артерий, архитектоники артерий и вен почек и т.д.

В ходе объяснения даются пояснения о роли этих сосудов в организме человека, о возможности развития патологических процессов при нарушении их проходимости [1, 2, 3, 4].

Тотальный натуральный препарат с представленными на нем поверхностными и глубокими сосудами всего тела человека и тотальный коррозионный препарат, на котором можно продемонстрировать все артерии, представленные в современной анатомической номенклатуре, дают возможность создать у студентов целостное представление о сердечно-сосудистой системе человека, оценить ее роль в обеспечении его нормальной жизнедеятельности.

Список литературы

1. Кафаров, Э. С. Венозные сосуды почек в плоскостном и стереоизображении / Э. С. Кафаров, Л. А. Удочкина, В. Н. Бесарабов // Астраханский медицинский журнал. – 2012. – Т. 7, № 4. – С. 144–148.

2. Кафаров, Э. С. Трехмерный анализ венозного русла почки человека / Э. С. Кафаров, Л. А. Удочкина, И. У. Вагабов, А. Б. Булуев // Журнал анатомии и гистопатологии. – 2015. – Т. 4, № 3 (15). – С. 56–57.

3. Куртусунов, Б. Т. Недостаточность кровообращения в системе позвоночных артерий в свете анатомических исследований / Б. Т. Куртусунов, Е. В. Асфандиярова // Астраханский медицинский журнал. – 2010. – Т. 5, № 4. – С. 49–51.

4. Удочкина, Л. А. Сравнительный анализ пространственно-инвариантных характеристик венозных сосудов почек в стереопроекции (коррозионные препараты 3d) и в плоскостном изображении (рентгенограммы коррозионных препаратов 2d) / Л. А. Удочкина, Э. С. Кафаров // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2013. – № 3. – С. 35–40.

5. Удочкина, Л. А. Формирование компетентностного подхода в изучении анатомии человека / Л. А. Удочкина // Ме-

дицинский журнал Западного Казахстана. – 2013. – № 3. – С. 15–17.

Л.Л. Супатович, В.В. Бойко

ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России

ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАГЛЯДНОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ АНАТОМИИ НА АКУШЕРСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ФАКУЛЬТЕТА СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Преподавание анатомии – такого сложного, объемного и трудоемкого предмета, без освоения которого невозможно дальнейшее профессиональное обучение, всегда сопровождалось поиском все более совершенных педагогических методик, способствующих интенсификации учебного процесса. Учебные программы для различных факультетов и отделений, наряду с учетом общих данных, предусматривают более углубленный подход к материалу, имеющему непосредственное отношение к получаемой специальности.

Для акушерского дела такими темами служат половые отличия таза и промежности, строение женских репродуктивных органов, anomalies развития половой сферы, эндокринные железы, особенности кровообращения плода, данные по краниологии новорожденных. При всем многообразии методических подходов в изучении анатомии наглядность преподавания была и остается основополагающим педагогическим принципом.

Для облегчения восприятия любой темы по анатомии в учебном процессе используется весь арсенал имеющихся на кафедре наглядных пособий [4]. В дополнение к многочисленным иллюстрациям в учебниках и атласах студентам предоставляются таблицы с изображением рисунков и схем строения морфологических объектов в целом виде, и на срезах, проведенных в различных направлениях.

Плоскостные изображения дополняются объемными моделями, планшетами, муляжами. Большое значение придается

натуральным препаратам из кафедрального банка учебных пособий. На практических занятиях рассматриваются данные рентгеноанатомии, компьютерной томографии, ультразвукового исследования. При этом используются мультимедийные средства.

Особая роль в обеспечении наглядности преподавания отводится к учебному анатомическому музею. Применительно к акушерскому делу оформлена специальная экспозиция, посвященная строению таза и промежности. Для сравнения представлены препараты этих морфологических структур обоих полов. Два экспоната демонстрируют прямые и поперечные размеры женского таза. Истинная, или акушерская конъюгата, на препарате и в информационной табличке выделена красным цветом.

Здесь же представлен акушерский циркуль – инструмент для определения параметров таза. При объяснении учебного материала, преподаватель акцентирует внимание студентов на практическую важность вопроса, предупреждает о негативных последствиях недоучета данных тазометрии, влекущего за собой краниотомию плода и его краниоклазию. Демонстрация экспонатов промежности так же сопровождается соответствующими комментариями из акушерской практики, повышая мотивацию студентов к изучению темы и нацеливая их на клиническое мышление. Такой подход имеет чрезвычайно важное педагогическое значение [1].

Непосредственное отношение к акушерскому делу имеют также экспонаты из отдела возрастной остеологии, демонстрирующие строение черепа новорожденного. Показаны варианты формы и размеров детского черепа, наличие родничков и особенности швов.

Женские репродуктивные органы представлены в музее как в форме моделей, выполненных из искусственных материалов, так и в виде влажных натуральных препаратов. Яичники в комплексе с другими внутренними женскими половыми органами выставлены в витрине, посвященной эндокринным железам, что подчеркивает функциональную многозначность женских половых желез и их роль в гуморальной регуляции репродук-

тивной функции. Влажные натуральные препараты женской половой системы отражают строение наружных и внутренних женских половых органов, включая возрастной аспект.

В витрине по тератологии представлены препараты с врожденными аномалиями матки и некоторыми видами приобретенной патологии (киста яичника и пр.). При демонстрации тератологической экспозиции обращается внимание на необходимость неоднократного, по крайней мере, дважды, проведения у беременной женщины ультразвукового исследования. Это позволяет контролировать развитие плода и своевременно выявлять случаи его нарушения.

Такой подход приобретает особую важность в экологически неблагоприятных районах, отличающихся более высоким риском врожденных аномалий [5, 6]. Музейные экспозиции дают студентам возможность видеть не только изолированные морфологические структуры, но также комплексы органов и тотальные препараты всего организма в целом. Это позволяет оценить топографо-анатомические соотношения, взаимосвязи отдельных морфологических объектов, что особенно важно для выяснения их иннервации и кровоснабжения. При демонстрации таких препаратов отмечается определенная индивидуализация и вариабельность как самих органов, так и особенно их васкуляризации [3].

Обеспечение максимального уровня наглядности преподавания анатомии на акушерском отделении способствует более качественному усвоению программного материала, являясь залогом успешного обучения будущих акушеров практическим профессиональным навыкам на тренажерах, а в дальнейшем и в родильном зале. В этом смысле преподавание анатомии вполне можно рассматривать как равноправную составляющую дуальной системы подготовки специалистов среднего звена [2].

Список литературы

1. Гайворонский, И. В. Инновационные технологии преподавания нормальной анатомии в военной медицинской академии / И. В. Гайворонский // Труды военно-медицинской

академии. – 2007. – Т. 259. – С. 7.

2. Никитина, Ю. В. Дуальная система подготовки специалистов среднего звена / Ю. В. Никитина // Теория и практика приоритетных научных исследований : сборник научных трудов. Международная научно-практическая конференция. – Смоленск, 2016. – Ч. 2. – С. 137.

3. Куртусунов, Б. Т. Варианты изгибов позвоночных артерий по данным мультиспиральной компьютерной томографии / Б. Т. Куртусунов, // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 6, № 3. – С. 498–500.

4. Удочкина, Л. А. Формирование компетентностного подхода в изучении анатомии человека / Л. А. Удочкина // Медицинский журнал западного Казахстана. – 2013. – № 3. – С. 15–17.

5. Удочкина, Л. А. Структурные преобразования щитовидной железы на этапах онтогенеза в норме и при воздействии на организм серосодержащего газа : дис. ... д-ра мед. наук / Л. А. Удочкина. – Волгоград, 2006. – 224 с.

6. Удочкина, Л. А. Состояние системы «Щитовидная железа» у женщин в процессе старения / Л. А. Удочкина, С. С. Санджиева, Э. А. Санджиев // Морфология. – 2009. – Т. 136, № 4. – С. 140.

Л.П. Великанова

ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России (г. Астрахань)

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ

Терапевтическая среда в широком смысле – это комплекс самых различных факторов и воздействий на больного: внутренняя структура и комфорт в отделениях и палатах, режим, различные виды организации свободного времени. Это понятие включает все, что окружает пациента в стационаре (ве-

щи, люди, процессы, события) и является неотъемлемой составляющей больничного содержания и существенным действенным элементом лечебно-реабилитационного процесса [2]. Но, в первую очередь, терапевтическую среду формирует характер складывающихся отношений больного с окружающими его людьми – персоналом, другими пациентами, которые могут быть и психотравмирующими и саногенными.

Терапия средой (от франко-англ. *milieu therapy* – лечебное воздействие среды, лечение средой) представляет собой использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением.

Общая цель терапии, средой – максимализация адаптивных возможностей... больного – подчинена общей цели реабилитации – восстановлению личного и социального статуса пациента [6, 7, 8].

Эффективность терапевтической среды обеспечивается среди прочих, такими факторами, как продуктивное взаимодействие между персоналом и пациентами; позитивный настрой персонала; его высокий профессиональный и моральный уровень [14].

Эти положения о терапевтической среде универсальны и актуальны для любой формы организации лечебного процесса (стационарной, амбулаторной, полустационарной и т.д.), независимо от нозологического профиля медицинского учреждения.

Однако большая часть работ, посвященных проблематике терапевтической среды, ее формированию, составляющим, особенностям, основывается на материалах ее исследований в психиатрических, психотерапевтических [6, 7, 8, 11], наркологических лечебных учреждениях и сообществах [5].

Весьма немногочисленны исследования роли одного из значимых субъектов терапевтического процесса, активно формирующего терапевтическую среду – медицинской сестре, которые, к тому же касаются преимущественно организационных аспектов ее деятельности. Но, как уже упоминалось выше, важный (если не определяющий) элемент терапевтической среды – это характер взаимодействия больного с окружением, одной из

ведущих фигур которого является медицинская сестра.

Специфика профессиональной деятельности среднего медицинского персонала заключается не только в выполнении четкого алгоритма лечебных процедур, но и в создании благоприятной психологической атмосферы при взаимоотношениях с коллегами, пациентами и их родственниками. И эту роль трудно переоценить, она, скорее, недооценивается.

Медицинская сестра проводит с больными значительно большую часть времени, чем, например, врач, а значит, может оказывать и большее воздействие на каждого пациента и на психологический климат отделения в целом. Она осуществляет прием и выписку из отделения, лечебные манипуляции, отпускает назначенные врачом процедуры, сопровождает больного в ситуациях обследования, ведет наблюдение за его состоянием (зачастую в круглосуточном режиме; например, в условиях отделения неотложной помощи и реанимационного, в психиатрическом стационаре). Помимо этого, медицинская сестра общается с родственниками, сослуживцами, знакомыми пациентов, объясняя режимные моменты, информируя о состоянии.

Предпосылкой доверия пациента медсестре является ее квалификация. Но она является только инструментом, эффект применения которого зависит от многих личностных качеств медсестры.

Помимо профессиональных знаний, умений от медицинских сестер требуются психологические навыки и готовность действовать в экстремальных ситуациях, оперативно переключаться с одного вида деятельности на другой, уметь облегчать тревогу, страх, напряжение, переживаемые пациентами, контролировать собственные негативные эмоциональные состояния [1, 3, 4, 9, 10, 12, 13].

Особых психологических знаний и навыков требует работа с хроническими больными людьми, страдающими неизлечимыми заболеваниями (СПИД, рак и др.), с умирающими.

Все вышеперечисленное требует не только личностных предпосылок для успешного осуществления подобных функций, но и определенных психологических знаний, навыков подстрой-

ки, умений бесконфликтного взаимодействия.

Психология обращения с больными людьми предполагает наличие таких качеств медицинского персонала, которые помогают создать благоприятную терапевтическую атмосферу. К ним относятся эмпатийность, положительное принятие, безоценочность, беспристрастность, умение слушать и слышать, считывать невербальную информацию, снимать эмоциональное напряжение больного человека в условиях неопределенности, незнакомого окружения; общий позитивный настрой.

Эмпатия характеризуется как способность к сопереживанию, своеобразная психологическая «включенность» в мир переживаний другого человека, постижение его эмоционального состояния, проникновения, чувствования в его внутренний мир. Это качество медицинской сестры способствует эффективному преодолению напряжения, состояния фрустрации пациента, коллег, и таким образом оптимизирует лечебный процесс в целом [15]. Эмпатию следует отличать от эмоциональной идентификации (отождествление себя с другим человеком, пациентом, в данном случае, с его эмоциональным состоянием) и от сочувствия (переживания по поводу чувств другого), иначе самому медработнику может понадобиться профессиональная психологическая помощь.

Медсестре важно быть хорошим слушателем, поощрять пациента говорить о себе. Навык активного слушания позволяет ему «выговориться», снять чувство неловкости, психологического дискомфорта, способствует установлению отношений доверия. Однако, на словесную информацию приходится лишь от 5 до 20 % сообщения, остальное относится к невербальной коммуникации: контакт глаз, мимические сигналы, положение тела (поза), интонация, тембр речи, ее скорость, наличие пауз; ритм дыхания. Следует отметить, что человек в меньшей степени способен сознательно контролировать свою мимику, жесты, вегетативные проявления, чем устную речь, поэтому они несут более достоверную и точную информацию

Знание об этих сигналах и умение их улавливать позволяет медицинской сестре получить более полное представление о со-

стоянии и настроении пациента.

Но и пациент внимательно изучает медицинский персонал, поэтому для формирования благоприятного психологического настроя и атмосферы доверия необходима конгруэнтность в поведении персонала, то есть отсутствие противоречий между словесным и невербальным содержанием при общении. Последнее обеспечивается таким качеством, как аутентичность – искренность, соответствие того, что человек думает и что говорит.

Немаловажным является и внешний вид медицинской сестры: опрятность, соответствующий профессии дресс-код, отсутствие резких запахов (парфюма, например).

Формированию доверительного контакта способствует также положительное принятие любого пациента, независимо от его расовой, этнической, религиозной принадлежности, уровня культуры – без морализации, поучений, осуждений, демонстрации других негативных чувств (брезгливости, например, недоброжелательности). Доминирующей направляющей общения с пациентом должно быть осознание того непреложного факта, что перед нами, прежде всего, – больной человек.

Эмоциональная стабильность медицинской сестры, ровное, спокойное настроение, оптимистичный настрой вызывает чувство надежности, способствует установлению доверительных отношений.

Конфиденциальность – неразглашение личной информации пациента, выявленной в ходе сбора анамнеза или общения, либо изложенной в медицинской документации, также необходимое условие обеспечения безопасности пациента и создание комфортной терапевтической среды. Излишняя откровенность медсестры (в некоторых случаях – недопустимая) может создать конфликтные (непродуктивные) взаимоотношения с пациентом и внести разлад в отношения пациентов между собой в палате, отделении.

Следует подчеркнуть также необходимость соблюдения медицинской сестрой оптимальной психологической дистанции. Сокращение этой дистанции (например, флирт) или эмоциональная идентификация с пациентом, беспомощное сочувствие,

предоставление собственного негативного опыта может разрушить терапевтический контакт, вызвать негативные последствия.

Препятствием для комфортной и саногенной терапевтической среды может быть также пристрастность – выстраивание отношений с пациентом на основе сложившихся собственных жизненных представлений и стереотипов, а не на основе реального общения с конкретной личностью.

Установление психологического контакта с пациентом, повышение его доверия к медицинскому персоналу и к данному лечебному учреждению способствуют формированию комплайенса (сотрудничества) с врачом, приверженности лечению, позитивной мотивации и активной позиции пациента, мобилизуют его собственные ресурсы на выздоровление.

Таким образом, медицинская сестра, наряду с врачом является равноправным и активным участником лечебно-реабилитационного процесса и может обеспечивать существенный (позитивный) вклад в его исход, подкрепляя работу врача на принципах комплиментарности и единства цели.

Список литературы

1. Анопко, В. П. Особенности профессии «Медицинская сестра» / В. П. Анопко, Л. А. Бахмутова, В. В. Гуськов, М. В. Штепо / 2010 год – международный год медицинской сестры : сборник научно-практических и учебно-методических работ. – Тверь, 2010. – С. 171–173.
2. Антропов, Ю. Ф. Лечение детей с психосоматическими расстройствами / Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко. – СПб. : Речь, 2002. – 560 с.
3. Бахмутова, Л. А. Синдром эмоционального выгорания у медицинских сестер, работающих в онкологическом отделении / Л. А. Бахмутова, В. В. Гуськов, Л. Н. Натпинская / Медико-социальные аспекты профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни : мат-лы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. – Тверь, 2010. – С. 43–45.

4. Великанова, Л. П. Динамические характеристики синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала / Л. П. Великанова, Н. П. Потапова // Медицинская сестра. – 2014. – № 6. – С. 22–25.
5. Городнова, М. Ю. Психология лечебной среды на модели наркологического стационара : дис. ... д-ра мед. наук / М. Ю. Городнова. – СПб., 2016. – 327 с.
6. Кабанов, М. М. Реабилитация в контексте психиатрии / М. М. Кабанов // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 9–10.
7. Кабанов, М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М. М. Кабанов. – СПб., 1998. – 255 с.
8. Карвасарский, Б. Д. Психотерапия : учеб. для вузов / Б. Д. Карвасарский. – СПб., 2002. – 672.
9. Кошкина, О. П. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональной деятельности медицинской сестры / О. П. Кошкина // Главная медицинская сестра. – 2008. – № 6. – С. 34–40.
10. Никишина, В. Б. Состояние выгорания медицинских работников в контексте внутрипрофессиональной дифференциации / В. Б. Никишина, Л. Н. Молчанова // Известия ПГПУ им. В.Г. Белинского. – 2011. – № 24. – С. 986–992.
11. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М. М. Кабанова, Н. Г. Незнанова. – СПб., 2003. – 438 с.
12. Ронгинская, Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т. И. Ронгинская // Психологический журнал. – 2002. – № 3. – С. 85–89.
13. Тарасова, И. В. Профессиональный стресс / И. В. Тарасова // Сестринское дело. – 2005. – № 2. – С. 22–24.

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ УПРАВЛЕНИЯ
СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ
В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Материалы
Всероссийской научно-практической конференции
23 сентября 2016 г.*

Компьютерный набор и форматирование – авторские
Технический редактор – В.Б. Нигдыров

Подписано к печати 15.09.2016 г.
Гарнитура Times New Roman. Формат 60×84 1/16
Усл. печ. л. 6,51
Тираж 300 экз., Заказ № 4146
ISBN 978-5-4424-0206-3

г. Астрахань, ул. Бакинская, 121
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный
медицинский университет»
Минздрава России