

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Сестринского дела и ухода за больными



Лидерство в сестринском деле: профессионализм, безопасность, качество

Материалы межрегиональной научно-практической конференции,
посвященной 75-летию Южно-Уральского государственного
медицинского университета



Челябинск
2019

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Сестринского дела и ухода за больными

Лидерство в сестринском деле: профессионализм, безопасность, качество

Материалы межрегиональной научно-практической конференции,
посвященной 75-летию Южно-Уральского государственного
медицинского университета
24 октября 2019 г.

Челябинск
Издательство Южно-Уральского государственного медицинского университета
2019

УДК 616-083 + 614.2-082
ББК 53.5
Л 55

Непериодическое печатное издание

Редакционная коллегия:
профессор Ю. И. Павлов
доцент А. А. Холопов

Л 55 **Лидерство** в сестринском деле: профессионализм, безопасность, качество: материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 75-летию Южно-Уральского государственного медицинского университета. — Челябинск: Издательство Южно-Уральского государственного медицинского университета, 2019. — 96 (4) с.

ISBN 978-5-94507-245-9

В сборнике представлены материалы юбилейной межрегиональной научно-практической конференции, проводимой в Южно-Уральском государственном медицинском университете. Работы, приведенные в сборнике, посвящены актуальным вопросам теории и практики общественного здоровья, клинической медицины, гигиены, сестринского дела и печатаются в авторском варианте.

УДК 616-083 + 614.2-082
ББК 53.5

© Коллектив авторов, 2019

© Издательство Южно-Уральского
государственного медицинского
университета, 2019

ISBN 978-5-94507-245-9

ОРГАНИЗАЦИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА МЕНЕДЖЕРОМ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Агафонцева И.В.¹, Кокшарова Е.А.²

Общество с ограниченной ответственностью «ПРАКТИК», г. Челябинск¹
ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Челябинск²

Актуальность исследования. Сегодня впервые в истории большинство людей могут рассчитывать на то, что они проживут до 60 лет и дольше. К 2050 г. население планеты в возрасте старше 60 лет удвоится и составит около 2 миллиардов человек. Имеющиеся фактические данные не позволяют утверждать о том, что здоровье сегодняшних пожилых людей намного лучше здоровья пожилых людей предыдущих поколений [2,5]

Большая часть проблем со здоровьем в пожилом возрасте является следствием хронических заболеваний. Заболевания опорно-двигательного аппарата (ОДА) наиболее широко распространены среди лиц пожилого возраста. Порядка 95% взрослых людей в возрасте 60 лет и старше страдают вертеброгенной патологией. В связи с этим заболевания ОДА становятся не только серьезной медико-социальной, но и экономической проблемой для общества [1,3,4].

Однако проблема состоит и в том, что у 70—90% пациентов болевые ощущения в позвоночнике повторяются. Одной из частых причин этого - незнание и несоблюдение рекомендаций специалиста. Поэтому большая роль для качественного лечения и реабилитации пациентов пожилого возраста отводится вопросам формирования гигиенической грамотности. [3,4,5].

Исследование и его результаты. Целью исследования, которое проводилось на базе медицинского центра «ПРАКТИК», было совершенствование организации работы специалистов сестринского дела через разработку методики информационного сопровождения при отпуске образовательной услуги пациентам пожилого возраста с вертеброгенной патологией нервной системы.

Для обоснования данной методики нами последовательно решались следующие задачи:

1. Изучить и проанализировать существующие методы гигиенического обучения пациентов пожилого возраста.
2. Разработать мероприятия по совершенствованию организации работы гигиенического обучения пациентов.

3. Оценить эффективность применения инновационного менеджмента в профилактической работе с пациентами старшей возрастной группы.

Исследование проводилось на базе медицинского центра «ПРАКТИК», базовым направлением работы которого является лечение и реабилитация пациентов с неврологическими осложнениями остеохондроза. В процессе терапии используются как медикаментозные, так и немедикаментозные методы, такие как медицинский массаж, иглорефлексотерапия, мануальная терапия, ЛФК. В медицинском центре работают 2 врача-невролога и 4 медицинских сестры по массажу.

Объекты исследования: пациенты в возрасте 60-74 лет с вертеброгенной патологией и специалисты сестринского дела. Предмет исследования: деятельность среднего медперсонала по гигиеническому обучению пациентов.

Материалы и методы исследования. В исследовании использовались изучение медицинской документации (амбулаторные карты), социологический метод (анкетирование), математический метод обработки результатов.

В социологическом опросе приняли участие 120 пациентов, в возрасте 60 – 74 лет с различными осложнениями остеохондроза. Среди респондентов 68,3% составили женщины (82) и 31,7% мужчины (38). Преобладание пациентов женского пола объясняется различной продолжительностью жизни у мужского и женского населения и уровнем медицинской активности. Работающие пациенты составили 63,3% (76). Это в основном, пациенты в возрасте 60 – 65 лет. Среди респондентов отмечен достаточно высокий образовательный уровень – 45% (54) имеют высшее образование, остальные - среднее техническое, что предполагает заинтересованность в сохранении и укреплении собственного здоровья.

В результате выкопировки данных из амбулаторных карт пациентов, выяснилось следующее: пациенты с неврологическими проявлениями остеохондроза составляют 77,5%, с сосудистыми расстройствами - 15,8%, с посттравматическими поражениями нервной системы – 6,7%. Таким образом, в структуре заболеваемости на первом месте находятся неврологические проявления остеохондроза. Полиморбидность наблюдается у всех пациентов пожилого возраста в 100% случаев.

Основными источниками информации о здоровом образе жизни для пациентов являются: телевизионные передачи (65%), медицинские работники (14,2%), интернет ресурсы (11,7%), газеты, журналы (9,1%). Таким образом, роль СМИ в формировании здорового образа жизни населения достаточно высока.

Информация о правильном питании интересует 36,7% пациентов, о психо-эмоциональных нагрузках хотят знать 30,7%. Информация о физической активности

актуальна для 21% респондентов. Как побороть вредные привычки хотят знать 11,6% респондентов. Таким образом, большинство опрошенных хотели бы получить информацию по рациональному питанию и профилактике стрессовых ситуаций.

Результаты отношения пациентов к своему здоровью показали следующее: о своём регулярном обращении к врачу (диспансеризации) заявили 93,9% женщин (77) и 65,8% мужчин (25). Вредные привычки (курение, алкоголь) имеют 37,5% (45) пациентов. Достаточный уровень физической активности отметили 29,2%. Постоянно контролируют основные двигательные стереотипы 22,5% (27) пациентов. О рекомендуемом уровне физической активности ни один из пациентов ранее не был информирован.

Здорового питания придерживаются 53,3% респондентов. Подвержены стрессовым ситуациям почти половина респондентов (49,1%). Среди опрошенных пациентов 59,2% оценили состояние своего здоровья как «посредственное»; 26,7% - «хорошее»; 10,8% - «плохое» и «очень плохое» - 3,3%. Опираясь на результаты анкетирования, можно сделать вывод, что оценка респондентами своего здоровья близка к объективной: в 70 - 80% случаев она соответствует данным амбулаторных карт.

Мотивация здоровья и здорового образа жизни занимает центральное место в сохранении здоровья каждого человека. В качестве побуждающего фактора к ведению здорового образа жизни 31,8% респондентов считают предотвращение болезней; 20,8% ответили, что здоровый человек более успешный, чем больной; 17,5% респондентов выбрали желание хорошо выглядеть; здоровый образ жизни – это залог долгожительства ответили 15,8%; у 14,1% респондентов побуждающим фактором к ведению здорового образа жизни явился страх быть в тягость для родных. Таким образом, большинство пациентов рассматривают здоровый образ жизни не для совершенствования, а как способ предотвращения болезней. Поэтому возникает острая необходимость стимулирования позитивной мотивации к формированию здорового образа жизни. Анализ исследования показал низкую самооценку пожилых людей. Так, только 25% (30) респондентов считают, что их профессиональный опыт и сохранившиеся способности востребованы в обществе. Пожилые люди, страдающие от заболеваний, нередко испытывают недостаток общения и чувство одиночества. Дефицит общения отметили 56,7% (68) пациентов. Поэтому, медперсонал всеми силами должен помочь им избавиться от негативных переживаний и вернуть уверенность в себе, повысив качество жизни.

В результате исследования был определён уровень информированности пациентов об имеющемся у них заболевании, возможных осложнениях, мерах профилактики. В начале обучения оценивался исходный уровень знаний. Он составил 28,3%, т.е. только 34 человека обладали удовлетворительными знаниями. Такой низкий уровень гигиенических знаний пациентов свидетельствовал о необходимости разработать эффективную систему обучения пациентов, основанную на организационном привлечении к этой работе сестринского медперсонала со средним и высшим образованием.

Исходя из предыдущего исследования, для повышения уровня знаний пациентов нами была разработана и утверждена программа гигиенического обучения. Особенностью организации и проведения гигиенического обучения было следующее: во-первых, предусматривался индивидуальный подход к каждому пациенту; во-вторых, процесс обучения проводился непосредственно во время процедур массажа и ЛФК, чаще в форме бесед, что активизировало когнитивную и эмоциональную сферы обучаемых. На каждого пациента оформлялась карта сестринского наблюдения при оказании образовательной услуги, в которую вносились информация о пациенте, потребности пациента в информации о заболевании, составление плана занятия, реализация плана работы, результаты анкетирования, исходный и итоговый уровень знаний, объём умений и навыков, оценка эффективности проведения гигиенического обучения, итоговый контроль. Каждое занятие содержало необходимый перечень изучаемых вопросов, учебный материал выдавался поэтапно, каждый этап имел свою цель.

При составлении программы нами была использована модель «врач - менеджер сестринского дела – специалист сестринского дела – пациент». Организационную и педагогическую функцию осуществлял менеджер сестринского дела. В процессе обучения основной акцент был сделан на формирование у пациентов приверженности к лечению и нового гигиенического мышления и поведения.

Оценка эффективности применения инновационного менеджмента проводилась с помощью повторного анкетирования пациентов. Итоговый уровень знаний пациентов существенно вырос и составил 90,8%. В процессе гигиенического обучения подавляющее большинство пациентов научились контролировать основные двигательные стереотипы (положения тела сидя и стоя, ходьба, подъём предметов с пола и т.д.), освоили основные приёмы самомассажа, запомнили комплекс лечебной гимнастики, получили информацию о правилах сохранения и укрепления своего

здоровья, убедились в необходимости соблюдения рекомендаций врача и медсестры и сформировали правильное отношение к здоровому образу жизни.

При оценке эффективности обучения было сконцентрировано внимание на изменениях, возникающих со стороны психологической составляющей качества жизни пациента. Так, 89,2% пациентов отметили не только улучшение общего самочувствия, но и возросший интерес к жизни, повышение эмоционального фона. При этом большинство пациентов осознали, что исход заболевания зависит как от совместных усилий врача и больного, так и от личной ответственности самого пациента.

Выявление уровня знаний пациента по их ответам на вопросы — это субъективная оценка эффективности обучения. Объективно качество обучения пациентов оценивалось по клиническим параметрам, наиболее показательными из которых является уменьшение или отсутствие боли и увеличение объёма движений в суставах.

Таким образом, реализация разработанных нами мероприятий по усовершенствованию организации работы гигиенического обучения пациентов показала высокую эффективность применения инновационного менеджмента в профилактической работе с пациентами старшей возрастной группы.

Литература:

1. Брижань Л.К., Карпалов В.Т., Бирюков С.Ю., Давыдов Д.В. Эпидемиология заболеваний опорно-двигательного аппарата /Журнал "Новая аптека": Новая аптека: аптечный ассортимент №11, 2010.
2. Всемирный доклад о старении и здоровье. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015.
3. Иваничев Г.А., Старосельцева Н.Г. Боль в спине. Эволюционные, клинические и терапевтические аспекты. Методические рекомендации для врачей общей практики. Казанский государственный медицинский университет.-2013.-38с.
4. Левин О.С. Боль в спине в общей клинической практике. Методические рекомендации для врачей. – М.: Умный доктор, 2018. – 80 с.
5. Солодкова С. Ю., Куташов В. А., Гурина И. С., Башлакова Т. Ю. Остеохондроз позвоночного столба у пожилых людей. Особенности реабилитации // Молодой ученый. — 2016. — №2. — С. 387-390.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ. СОЗДАНИЕ СОП И ДРУГИХ СТАНДАРТОВ.

Бозян Н.В.

**Костанайский высший медицинский колледж
г. Костанай, Республика Казахстан**

*«Действовать без правил - самое трудное
и самое утомительное занятие на этом свете»*

Мандзони Алессандро

В настоящее время в Казахстане завершается реализация комплексного плана развития сестринского дела в Республике Казахстан, который был разработан в соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Любое завершение подразумевает под собой подведение итогов, осмысление наработанных за это время активов и поиск минусов и ошибок. С чем же мы подошли к завершению данной программы?

В современной системе здравоохранения, средний медперсонал – самая многочисленная категория медицинских работников. Они так же, как и врачи предоставляют медицинские услуги, для удовлетворения потребностей населения, причем услуги эти довольно доступные и экономически эффективные.

Помните, когда то, медицинская сестра рассматривалась только лишь как помощник врача, причем сугубо технический. Нигде и речи не было по поводу того, что медсестра может быть самостоятельно единицей системы здравоохранения, специалистом, способным оценивать состояние пациента, принимать самостоятельные решения и планировать свою деятельность в аспектах ухода за пациентом. Роль медсестры представлялась не особо значимой, как в глазах обывателя, так и что уж душой кривить, многие врачи не воспринимали медсестру, как специалиста способного критически мыслить и оказывать высококвалифицированную помощь в рамках своей компетенции. Конечно же, очень долгое время значение сестринского дела в нашей стране недооценивалось.

И что же мы в результате получили? А получили дефицит кадров. Профессия медсестры потеряла свою привлекательность для потенциальных абитуриентов. Белый халат медсестры стал ассоциироваться с тяжелой, не всегда приятной работой и, как правило, низкооплачиваемой. Сложилась непростая ситуация для нашего общества. Профессия медсестры утратила престиж, но не утратила своей востребованности,

скажу даже больше, что именно востребованность в разы увеличилась. И тому есть масса причин, а именно:

- Увеличение, с каждым годом, пациентов с хроническими заболеваниями,
- Старение населения,
- Увеличение процента детей, которым нужна помощь в раннем неонатальном периоде,
- Внедрение новых технологий в здравоохранении,
- Нехватка медицинских специалистов на всех уровнях,
- Потребность населения в качественных, доступных медицинских услугах,
- Регулирование заболеваемости мерами профилактики,
- Управление и регулирование деятельности среднего медперсонала.

Все эти и многие другие аспекты говорят о том, что назрела необходимость в реформировании сестринского дела, необходимость посмотреть на медицинскую сестру, как на специалиста, способного понять и принять философию сестринского дела, имеющего критическое мышление, готового к принятию решений, в соответствии с потребностями пациентов и в рамках своей компетенции. Необходимо поднимать престиж профессии, наряду с этим повышать качество и доступность предоставляемой медицинской помощи.

Что же такое качество сестринской помощи? Это как раз совокупность характеристик, которые подтверждают соответствие сестринской помощи современному уровню развития сестринского дела, имеющимся потребностям пациента и общества. В первую очередь оно определяется внедрением новых организационных форм ухода за пациентами, использованием в деятельности стандартов, а также постоянным профессиональным совершенствованием.

Как мы знаем, здравоохранение это система, а любая система не терпит хаоса и беспорядка, тем более система здравоохранения. Весь мир пришел к тому, что в медицине крайне важна стандартизация. И управление качеством возможно только при наличии стандартов. Кроме того без стандартов не может быть объективной системы контроля качества, так как качество, во многом, диктует уровень развития сестринского дела в целом.

Вхождение Казахстана в Болонский процесс диктует необходимость приведения образования, профессиональных стандартов, квалификаций и должностных позиций в

соответствие с Европейскими директивами, в том числе и по сестринскому делу. Для Казахстана развитие системы сестринского дела означает его развитие на всех уровнях образования, контроль качества образования на уровне международных стандартов, внедрение в практику института специалистов сестринского дела с разными должностными позициями соответственно уровню образования.

Стандарты нужны для оптимального управления всей системы сестринского дела, для обеспечения преемственности и целостности, за счет единых подходов на всех этапах, для рационального использования материальных ресурсов, управление кадрами и в целом оптимизации лечебно-диагностического процесса и правил ухода.

В широком понимании стандарт — это эталон, образец, единый и обязательный, научно обоснованный, принимаемый за исходное для сопоставления с ним других подобных объектов или действий. То есть это нормативно-технический документ, который устанавливает определенные требования к качеству услуг.

Стандартом может быть норма, модель. Например, норма поведения медицинской сестры отражена в Этическом кодексе медицинской сестры и является стандартом поведения.

Стандарт в медицине – это отправная точка, без которой невозможно дальнейшее совершенствование.

А что же такое СОП (Стандартная операционная процедура)? Сегодня СОП представляет собой неотъемлемую часть менеджмента качества в любом учреждении здравоохранения. При отсутствии четких пошаговых инструкций персонал ЛПУ чаще совершает профессиональные ошибки, часть из которых может представлять непосредственную угрозу для здоровья и жизни пациента. Наверняка многим знакома ситуация, когда несколько работников выполняют одну и ту же операцию по-разному, исходя из собственного опыта и знаний. При этом каждый из них считает, что именно его метод – самый правильный.

Стандартная операционная процедура - это документально оформленный набор инструкций или пошаговых действий, которые надо осуществить, чтобы выполнить ту или иную работу. СОП регламентирует выполнение конкретного этапа процесса. Идеально, когда СОП в медицине выполняет один сотрудник. СОП стандартизируют не только процедуры, но также навыки и знания медработников.

В практическом здравоохранении наиболее частой причиной конфликтных ситуаций является недостаточный уровень владения медицинским персоналом практическими навыками работы, несоблюдение правил и порядка выполнения процедур. Актуальность разработки СОП обусловлена необходимостью рационального

выбора и применения адекватных (эффективных, безопасных и экономически приемлемых, основанных на данных доказательной медицины) медицинских технологий. СОП необходимы для оценки качества медицинской помощи, а также для защиты прав пациента и врача при разрешении спорных вопросов.

Нет сомнений, что СОП делает процесс работы и его результаты последовательными, согласованными, предсказуемыми и воспроизводимыми. Несомненны преимущества, достигаемые при применении СОП: чёткое распределение задач по компетенции, обеспечение качества и логической последовательности действий, СОП полезны для обучения нового персонала, служат в качестве справочника для проверки на соответствие, дают возможность чётко работать персоналу в отсутствие руководства.

Что касается постановлений и приказов, то мы знаем, что их производством занимаются законодательные органы. А что же СОП? Как и кто их создает? И, самое главное, по каким критериям и правилам?

Как выяснилось разработкой и внедрением СОП занимаются сами медицинские организации, составляют и проверяют их специалисты этих же медицинских организаций, но зачастую они не проходят никакой экспертной оценки, кроме как в период аккредитации медицинских учреждений, и по большей части это выборочные проверки.

Разработка СОП определяется в каждой медицинской организации индивидуально, поскольку зависит от ее типа, мощности, структуры, материально-технического обеспечения, укомплектованности кадрами и др. При этом создание первоочередных СОП должно соотноситься с наиболее проблемными областями функционирования медицинской организации.

Разработка и внедрение СОП дело довольно сложное. Компетенции специалистов, которые ответственны за создание и внедрение СОП различны и соответственно результаты также разные. Предлагаю рассмотреть этапы создания СОП.

Это подготовка, т.е. в процессе создания участвуют сотрудники, имеющие необходимые знания и опыт, затем - проверка, после написания ее проводят: пользователи – на практике, должностные лица - на соответствие требованиям стандартов качества оказания медицинской помощи и согласованность с действующими нормативными документами. Следующий этап это пересмотр, утверждение и внедрение.

Конечно же, после этапа внедрения СОП должны пересматриваться, так как появляются новые знания и опыт, появляется чувство ответственности и выявляются очевидные недочеты и ошибки. На самом деле, иногда, читая СОП или применяя его на практике, понимаешь, что он не соотносится с реальным положением вещей и применение его просто невозможно. Очень часто в практическом здравоохранении сталкиваешься с тем, что сотрудники организации работают не в соответствии с СОП, либо просто не ознакомлены с ними, или же ознакомлены формально. Многие говорят, что эти стандарты не соответствуют их реальной работе или просто невозможны в плане выполнения. Существуют и такие моменты, когда часть медицинских сестер не понимают, зачем нужны СОП. Как правило, это наиболее возрастная часть сестринского персонала в возрасте старше 50 лет. Необходимо убеждать их в важности применения стандартизованных процедур в работе.

На мой взгляд, есть много важных моментов для успешности внедрения СОП. Должна быть доступная информация для каждого сотрудника на рабочем месте. Обязательно необходимо объяснять и демонстрировать, определять задачи обучения, поощрять отработку на практике, необходимо обеспечить соответствующую обратную связь. Невозможно добиться существенных перемен при отсутствии контроля над системой.

По поводу препятствий для успешного применения СОП именно на уровне сестринской помощи, могу выделить следующие компоненты: отсутствие или несвоевременное поступление в ЛПУ информации о стандартах или документов, регламентирующих их применение, недостаточное количество разработанных и рекомендованных именно Минздравом РК стандартов, дефицит времени у персонала, отсутствие заинтересованности, в том числе материальной, во внедрении стандартов сестринской деятельности со стороны врачей, руководства структурных подразделений и ЛПУ, а также самих специалистов, низкое качество части внедряемых стандартов, особенно подготовленных на региональном уровне и в самих ЛПУ, отсутствие системы подготовки и повышения квалификации для специалистов со средним медицинским образованием по вопросам стандартизации их деятельности, недостаточное количество литературы по этой теме. И еще один важный и существенный компонент, на мой взгляд - это отсутствие алгоритмов или клинических сестринских руководств, опираясь на которые и необходимо составлять СОП, которые строго базируются на основах доказательной медицины.

Многие специалисты, особенно работающие в практическом здравоохранении, к доказательной медицине относятся со скепсисом, тем не менее, мы не можем не

признать что именно за доказательной медициной будущее. Клиническое руководство, основанное на доказательной медицине, - это документ, где детально, точно и недвусмысленно прослеживается связь между каждым утверждением и научными данными, а научные факты главенствуют над мнениями экспертов. Именно такая цель и ставилась при создании казахстанских клинических руководств – чтобы они были независимыми, строились на принципах доказательной медицины, чтобы уменьшилась лоббистская составляющая, когда со стороны индустрии врачам на уровне профессиональных ассоциаций в определенных ситуациях пытаются навязать те или иные технологии. Клинические врачебные протоколы и руководства давно и широко используются. Что касается сестринских руководств на основах доказательной практики, то их непросто мало. Отсюда и масса разногласий при составлении и внедрении СОП. Принципы доказательной медицины необходимо внедрять все более широко, тогда качество предоставляемого медицинского ухода будет зависеть не от мнения так называемых «опытных» специалистов, а от выбора методов, основанных на доказательствах, которые научно собраны и систематизированы.

Несмотря на дефицит стандартов сестринской деятельности, немногие из опрошенных специалистов выразили готовность и желание принять участие в их разработке.

Руководители сестринским персоналом и ЛПУ отмечают необходимость стандартизации его деятельности, но организовать подготовку, по крайней мере, временных стандартов не могут чаще всего потому, что сами не достаточно компетентны в этом вопросе.

Таким образом, изучив мнения специалистов со средним медицинским образованием, данные литературы мы пришли к выводу, что стандартизация сестринской деятельности необходима. Она способствует повышению качества медицинской помощи, позволяет объективно оценить работу персонала, способствует более экономному использованию ресурсов отрасли. Применение алгоритмов и стандартных операционных процедур на основе клинических руководств позволит избежать дополнительных расходов медицинской организации вследствие уменьшения затрат на лечение больных. Применение доказательных методик лечения и ухода значительно снизит количество осложнений и выписку дополнительных лекарственных средств. Профилактические программы, особенно на уровне ПМСП, позволяют снизить частоту вызовов скорой помощи, госпитализаций, ранних выходов на инвалидность.

Помимо прочего, их применение обеспечит хороший экономический эффект и да, позволит приблизить медицинскую практику к международным стандартам

оказания медицинской помощи, значительно снизит риск осложнений, летальных исходов. Они предназначены также и организаторам здравоохранения, которые могут их использовать как индикаторы для управления качеством сестринской помощи, непрерывного повышения квалификации медицинских сестер. Все это должно сделать сестринское дело более эффективным и качественным, что в конечном итоге отразится как на пациенте, так и на всем здравоохранении в целом.

Литература:

1. <https://med.mcfr.kz/article/433-sop-kak-element-upravleniya-kachestvom-meditsinskoj-pomoshchi>
2. http://medsestra52.ru/images/doc/konf/110418nn/principi_razrabotki_sop.pdf
3. Медвестник <https://medvestnik.ru/content/articles/Klinicheskie-rukovodstva-v-pomosh.html>
4. Фелькер Е.В., Бароян М.А., Наумова Я.Л., Дударь Е.В. ВНЕДРЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ОБРАЗОВАНИЕ // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 6-2. – С. 266-267.
5. Клинические практические руководства. Принципы разработки и внедрения в практику. Кафедра политики и управления здравоохранением. Байсугурова В.Ю.
6. Комплексный план развития сестринского дела в РК до 2020. Официальный интернет ресурс <https://www.enbek.gov.kz/ru/node/333373>

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКИМИ СЕСТРАМИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Грицань И.И.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

Одним из ведущих направлений современного здравоохранения является профилактика заболеваний и формирование у населения здорового образа жизни. Реализация этой цели возможна лишь при условии информирования населения по вопросам первичной профилактики неинфекционных заболеваний, включающей формирование установок на здоровый образ жизни. Пропаганда здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения – обязательный раздел деятельности каждой медицинской организации (ст.79, п.4 ФЗ №323)[4]. В связи с этим особую актуальность приобретает создание и функционирование в медицинских организациях Школ пациента для больных основными неинфекционными

заболеваниями. Перечень и деятельность таких Школ отражены в приказе Министерства здравоохранения РФ от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»[5].

Обучение пациентов в Школах здоровья не требует врачебной квалификации и может осуществляться сестринским персоналом, прошедшим надлежащую подготовку[3].

Цель исследования - изучить организацию санитарно-гигиенического обучения пациентов медицинскими сестрами на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Материалы и методы исследования.

Проведено социологическое исследование по изучению системы организации санитарно-гигиенического обучения пациентов в поликлинике №1 МБУЗ ГKB №8 г. Челябинска - по данным выкопировки данных из отчетных документов медицинской организации и специально разработанной анкете для среднего медицинского персонала, изучен уровень информированности пациентов о здоровом образе жизни и потребности в обучении по специально разработанной анкете.

Единицей наблюдения являлись средний медицинский персонал и пациенты поликлиники №1 МБУЗ ГKB №8. Объем выборки составил 260 респондентов, представленных двумя группами. Первую группу (140 единиц) составили средний медперсонал, вторую (120 единиц) – пациенты поликлиники. Исследование проведено с применением социологического, статистического, аналитического методов.

Результаты исследования и их обсуждение.

По результатам изучения системы организации обучения пациентов на амбулаторно-поликлиническом этапе выявлено, что в поликлинике № 1 ГKB №8 организован кабинет медицинской профилактики. Профилактический кабинет работает по утвержденному главным врачом плану, однако не соответствует утвержденной приказом форме. Отсутствует отметка о выполнении запланированных мероприятий, то есть страдает контроль, а если отсутствует контроль, то нарушается исполнительская дисциплина санитарно-гигиенического обучения пациентов. Это объясняется тем, что за работу кабинета отвечает внештатный сотрудник, врач по образованию, оформленный на 0,25 ставки по совместительству, ведущий основную работу в другой должности. В этой связи деятельность кабинета осуществляется некачественно, формально.

В поликлинике также организованы Школы Здоровья по нескольким нозологиям: Школа для больных артериальной гипертензии, Школа для больных с заболеваниями суставов и позвоночника, Школа для больных бронхиальной астмой,

Школа для больных хронической обструктивной болезнью легких, Школа для больных сахарным диабетом, Школа для больных с глаукомой. Занятия в этих школах ведут врачи-специалисты, из методов обучения практикуются только беседы и лекции. Тематические целевые группы пациентов формируются не всегда, приверженность пациентов к посещению всего цикла занятий часто отсутствует.

По результатам исследования уровня информированности пациентов о здоровом образе жизни и потребности в обучении выявлено, что большая часть (59%) респондентов не ориентируются в вопросах о здоровом образе жизни. Оценивают свой образ жизни как здоровый только 38% пациентов, остальные 62% опрошенных отмечают у себя наличие факторов нездорового образа жизни. При определении факторов нездорового образа жизни 28% респондентов отмечают нерациональное питание, 22% - недостаточную двигательную активность, 44% пациентов имеют вредные привычки. При этом 95% пациентов считают ведение здорового образа жизни основополагающим компонентом в формировании здоровья.

В ходе исследования установлено, что уровень знаний о профилактике заболеваний и здоровом образе жизни среди опрошенных достаточно низок. 96% респондентов нуждаются в советах и рекомендациях по изменению образа жизни: 27% пациентов испытывают потребность в советах и рекомендациях по рациональному и сбалансированному питанию, 25% - нуждаются в обучении методам психологической релаксации, 48% опрошенных хотели бы овладеть навыками по самоконтролю за здоровьем и оказанию помощи самому себе в случаях, не требующих медицинского вмешательства, 16% - обучиться способам борьбы с курением.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой потребности пациентов в информированности о профилактике заболеваний, факторах риска и готовности пациентов к обучению.

Согласно Единому квалификационному справочнику должностей руководителей, специалистов и служащих, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 №541н, приказу №707н от 08.10.2015 "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки", осуществление профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию и образованию населения, консультации по вопросам формирования здорового образа жизни, входит в должностные обязанности среднего медицинского персонала [1,6]. Организацию и

ведение занятий в Школах здоровья могут осуществлять медицинские сестры с высшим или повышенным уровнем образования, так как в требованиях к обязательному минимуму основной образовательной программы входит блок психолого-педагогических дисциплин. Функции медицинской сестры как преподавателя состоят: в выявлении потребности в обучении у пациента или его близких, мотивации обучения, передаче знаний пациенту, выработке умений у пациента, формировании у пациента устойчивых навыков [2].

Как показало исследование, большинство опрошенных пациентов (55%) считают, что обучением должен заниматься работник отделения профилактики медицинской организации, то есть специально обученный человек. Необходимо отметить, что наиболее востребованными формами обучения, по мнению 56% пациентов, являются занятия в Школах здоровья.

Исследование среди медицинского персонала показало, что только 60% опрошенных проводят санитарно-гигиеническое обучение пациентов. При проведении работы по профилактическому обучению пациентов большинство медицинских сестер (75%) используют такой метод как индивидуальная беседа. Следует отметить, что это самый доступный из всех методов, не требующий усилий и материальных дополнений, но не всегда эффективный.

При изучении основных причин отсутствия такой функции как обучение пациентов 54% медицинских сестер указали на отсутствие времени, большую загруженность, 26% - на недостаточное финансирование мероприятий санитарно-гигиенического обучения. У 68% медицинских сестер недостаточный, в большей степени фрагментарный, уровень знаний для обучения пациентов.

Выводы:

В поликлинике №1 ГКБ №8 г. Челябинска проводится санитарно-гигиеническое обучение пациентов в кабинете медицинской профилактики и школах здоровья. Однако, запланированные мероприятия осуществляются не в полной мере, отсутствует контроль за выполнением мероприятий.

При организации санитарно-гигиенического обучения пациентов на амбулаторно-поликлиническом этапе недостаточно реализован потенциал сестринского персонала. Это объясняется несовершенством нормативно-правовой базы, отсутствием разграничений полномочий по компетенциям между врачами и медицинскими сестрами, а также отсутствием методического обеспечения, научно обоснованных моделей и программ профилактического обучения пациентов медицинскими сестрами.

Литература:

1. Грицань, И.И. Организационная технология семейно-ориентированной реабилитации детей с врожденными заболеваниями опорно-двигательного аппарата: диссер... канд. мед. наук / И.И.Грицань. – Москва, 2015. – 208 с.
2. Двойников, С.И. Обучение пациентов и членов его семьи приемам самоухода и ухода за больными// Двойников С.И., Аббясов И.Х.// Главная медицинская сестра. -2001.-№6.- С.35.
3. Лапик, С.В. Оценка возможности и степени участия специалистов сестринского дела с разным уровнем образования в профилактических программах /С.В. Лапик, Г.И. Князев // Главная медицинская сестра. -2008.-№3.-С.148-156.
4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11. 2011 №323-ФЗ // Рос. газ. – 2011. – №5639 (23 нояб.).
5. Об утверждении номенклатуры медицинских услуг [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения РФ от 13.10.2017 г. №804н – Режим доступа: <https://rg.ru/2017/11/09/minzdrav-prikaz804-site-dok.html>
6. Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения услуг: приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07. 2010 г. №541н// Рос.газ.- 2010.- №5296 (217).

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЭТАП ЧЕМПИОНАТА «АБИЛИМПИКС» В КОМПЕТЕНЦИИ «МЕДИЦИНСКИЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ УХОД»

Ефремова Л.Ю., Кульдеева А.Б.,

**ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Челябинск**

Согласно Концепции региональных чемпионатов профессионального мастерства для людей с инвалидностью «Абилимпикс-Южный Урал» [1], целью их проведения является создание в Челябинской области системы конкурсов профессионального мастерства среди инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Чемпионаты системы «Абилимпикс» обеспечивают эффективную профессиональную ориентацию и мотивацию инвалидов с ОВЗ к получению профессионального образования, содействуют их трудоустройству и социокультурной инклюзии в современном обществе.

В развитии движения "Абилимпикс" Челябинская область не отстает от других регионов и 3-6 июня 2019 года принимала активное участие в организации конкурсных мероприятий уже в пятый раз. По информации Минобрнауки Челябинской области, в соревнованиях регионального этапа V Национального чемпионата участвовали 266 южноуральцев с ОВЗ. Они состязались в 30 компетенциях и трех возрастных категориях, на восьми площадках. Итоги подводили компетентные комиссии из 180 экспертов, им помогали 213 волонтеров.

Основной организационной площадкой чемпионата в Челябинске вновь являлся ДУМ "Смена", а непосредственными местами проведения соревнований кроме центральной площадки были вузы и техникумы Челябинска, Магнитогорска и Златоуста. Среди 30 компетенций в южноуральском чемпионате в 2019 году оказались 3 медицинских специальности: адаптивная физическая культура, массаж, медицинский и специальный уход. Претендентов на победу в номинации «Медицинский и специальный уход» и возрастной категории «студенты» тестировали в Аккредитационно-симуляционном центре нашего университета.

По правилам чемпионата, испытания в компетенции «Медицинский и специальный уход» состоят только из практических заданий, реально приближенных к профессиональной деятельности участников. Участник конкурса должен уметь:

- собирать информацию о состоянии здоровья пациента;
- определять проблемы пациента, связанные с состоянием его здоровья;
- обеспечивать безопасную больничную среду для пациента, его окружения и персонала;
- использовать правила эргономики в процессе сестринского ухода и безопасного перемещения пациента;
- консультировать пациента и его окружение по вопросам ухода и самоухода.

Участник конкурса должен знать:

- способы реализации сестринского ухода;
- технологии выполнения медицинских услуг;
- факторы, влияющие на безопасность пациента и персонала;
- принципы санитарно-гигиенического воспитания и образования среди населения;
- основы профилактики ИСМП;
- основы эргономики.

В 2019 году звание лучшего в указанной номинации оспаривали десять участников: студенты ЮУГМУ, областного базового медицинского колледжа и Златоустовского медицинского колледжа. Победил представитель ЮУГМУ Егор Попов, он смог улучшить свой прошлогодний результат. Егор на два балла обошел гостя из Златоуста Алину Кирамову и победителя 2018 года Григория Гребнева, в итоге он включен в состав сборной Челябинской области на национальном этапе чемпионата, который пройдет в Москве на площадке ВДНХ в конце ноября.

Чтобы выяснить мнение участников регионального чемпионата в номинации «Медицинский и специальный уход» об организации турнира, о проблемах жизни и учебы при ограниченных возможностях здоровья, мы, будучи экспертами в данной номинации, после окончания соревнований 2018 и 2019 гг. по электронной почте проанкетировали 22 участника. Оригинальная анкета содержала 24 вопроса закрытого и полужакрытого типа, сгруппированных в три блока: паспортный, медико-социальный и непосредственно посвященный чемпионату.

16 человек полностью ответили на вопросы анкеты и их результаты были приняты в разработку. Среди респондентов оказалось 31,3% мужчин и 68,7% женщин, возраст участников был от 18 до 35 лет, средний возраст составил 24,5 года. Абсолютное большинство опрошенных (87,5%) имели среднее образование, лишь двое участников исследования уже имели высшее образование. 37,5% респондентов оказались из неполных семей, но все участники оценили материально-бытовые условия своей жизни как удовлетворительные. Стаж инвалидности у всех ответивших на вопросы анкеты составил более 5 лет. Причина инвалидности у 18% участников была связана с поражением опорно-двигательного аппарата, у 64% - с нарушением слуха, у оставшихся 18% - с общим заболеванием.

Среди проблем повседневной жизни большинство (69%) респондентов указали на очереди к специалистам, сложности и задержки с получением льготных лекарств и технологических средств поддержки, к примеру, вкладышей для слуховых аппаратов, тест-полосок для глюкометров и т.д. Неудивительно, что 25% участников опроса отказались от предлагаемого соцпакета и получают вместо него материальную компенсацию. 75% опрошенных отмечают, что при обучении в медицинском образовательном учреждении периодически сталкиваются с проблемами из-за отсутствия адаптации программ, индивидуального подхода со стороны преподавателей.

Что касается организации регионального чемпионата в номинации «Медицинский и специальный уход» 2018-2019 гг., 100% считают, что подобные мероприятия проводить стоит, они необходимы для лиц с ОВЗ. При этом 62%

респондентов полностью довольны итогами турнира и своего в нем участия, 38% довольны частично, что вполне объяснимо характером соперничества, наличием победителей и побежденных. При высказывании особого мнения, некоторые участники отметили неравенство условий – в некоторых заданиях лица с глухотой и ДЦП имеют явно неравные шансы.

Результаты анкетирования, несмотря на небольшую выборку респондентов, на наш взгляд, адекватно отражают проблемы и настроение достаточно малой группы лиц с ОВЗ, которые учатся в медицинских вузах и колледжах. Необходимо развивать и совершенствовать технологии инклюзивного образования, призванные создать для таких обучающихся своеобразную «безбарьерную среду» не только в физическом, но и в когнитивном, образовательном смысле.

Литература:

1. Концепция проведения регионального чемпионата _Абилимпикс - Южный Урал. [Электронный ресурс]: - Режим доступа:
http://abilimpics74.ru/2_Documents/konceptcija_provedenija_regionalnogo_chempionata-ab.pdf

УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ (UMED) - НОВЫЙ ЦЕНТР КАЧЕСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ЮЖНОМ УРАЛЕ

Крылов О.Н.

АНН ПОО «Уральский медицинский колледж», г. Челябинск

Колледж UMED был основан в 2017 году. Нашей спецификой является проактивный подход к образованию. Мы ориентируемся на самые свежие тренды современного профессионального образования.

Отдельное внимание мы уделяем оснащению нашего колледжа. Поскольку свои двери студентам мы открыли относительно недавно, то всё оборудование, на котором наши студенты проходят практику, новое. На практических занятиях формируется атмосфера, которая максимально приближена к медицинской реальности. Знания, которые актуальны здесь и сейчас и востребованы в медицинских учреждениях Южного Урала и всей страны, дают нашим студентам преподаватели-практики.



Рис. 1 Главное здание Уральского медицинского колледжа.

Большое внимание мы уделяем спортивной и культурной жизни наших студентов, а также развитию системы студенческого самоуправления. Общим голосованием обучающихся в колледже избраны президент Студенческого совета, а также его команда, которые занимаются постоянным развитием комфортной студенческой среды: яркой, креативной и доброй.

Наши студенты регулярно участвуют в волонтерских акциях: сдают кровь, посещают различные средние школы, популяризируют медицину, проводят образовательные лекции для всех желающих на базе различных учреждений.

Основным направлением нашей деятельности сейчас является среднее профессиональное образование, в рамках которого наши студенты могут получить пять специальностей, некоторые из которых очень редки, а все очень перспективны:

1. Лечебное дело.
2. Сестринское дело.
3. Медицинская оптика.
4. Стоматология профилактическая.
5. Фармация.

Все специальности сейчас востребованы рынком: спрос на хороших специалистов превышает предложение и медицинские учреждения готовы предлагать нашим выпускникам хорошие зарплаты и отличные условия труда.

Остановимся на некоторых подробнее.

В ходе обучения, наши выпускники могут получить дополнительные востребованные специальности такие, как: сестринское дело в косметологии, медсестра кабинета ЛФК, медсестра по массажу. В колледже проводится профессиональная переподготовка.

Всегда имеется возможность обучиться чему-то узкоспециализированному, тому, к чему лежит душа у наших студентов. Такая узкая специализация - залог успешной карьеры и востребованности на рынке труда.

Интересная специальность - медицинская оптика. Сейчас все оптики должны комплектоваться дипломированными специалистами. Такой профессионал знает все тонкости производства и ремонта очков и оправ, а также нюансы подбора нужных линз для покупателей оптики.

Постоянно растёт спрос на хороших гигиенистов в стоматологии. Они явно найдут достойную работу на волне роста понимания обществом простой истины, что дешевле заниматься профилактикой, чем потом лечиться.

Велик спрос и на квалифицированных фармацевтов, которые отлично зная лекарства и их аналоги, могут работать и в аптеках, и торговыми представителями ведущих фармацевтических компаний.

Также в нашем арсенале обучения есть 118 курсов дополнительного профессионального образования, которые вы можете изучать из любой точки мира без отвлечения от основной работы.

Всех наших выпускников мы поддерживаем в течение года после завершения учёбы: на все их вопросы готовы ответить наши эксперты в области медицины и права.

Мы обеспечиваем безопасность наших студентов: во всех аудиториях установлены видеорекамеры.

Ждём вас и ваших друзей в нашем колледже!

Всю подробную информацию о нашем образовании и условиях поступления вы всегда можете найти на нашем сайте: umedcollege.ru

Также мы находимся в постоянном поиске талантливых преподавателей и медиков-практиков для работы нашими педагогами. Готовы сотрудничать в этом направлении.

Звоните нам по телефону 8-(351)-202-00-60 или приходите в гости в дом №9 по улице Курчатова.

АБИЛИМПИКС - НА ПУТИ К РАВНЫМ ВОЗМОЖНОСТЯМ

Кульдеева А.Б., Ефремова Л.Ю.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

Каждый одиннадцатый житель России имеет ту или иную форму инвалидности. Это 13 млн. человек с особенностями физического, психического или интеллектуального развития различной степени: врожденные или приобретенные в течение жизни нарушения опорно-двигательного аппарата, зрения, слуха, состояния психики, умственного развития. Они нуждаются в специально приспособленных условиях жизни и зачастую требуют посторонней помощи.

Мировое сообщество считает, что люди с инвалидностью имеют такие же права, как и все остальные граждане, и они должны иметь равные возможности в реализации своих прав. Поэтому Организация Объединенных Наций (ООН) уделяет постоянное внимание инвалидам.

Вызывает беспокойство все еще широко распространенная неготовность воспринимать людей с инвалидностью в качестве равных членов общества и фактическое отрицание признания равенства их прав на образование, труд, охрану здоровья, создание семьи и воспитание детей, досуг, занятия физической культурой и спортом, на общественную и политическую деятельность. Даже в органах государственной власти порой бытуют ложные мнения об ущербности инвалидов и их никчемности для общественно полезной деятельности. Как следствие, предлагается создавать для них специализированные учреждения для проживания и образования, маршруты движения, центры для общения, тем самым ориентируя общество на поддержку специализированной изолированной среды обитания для людей с инвалидностью, а не на создание инвалидам условий для полноценной, максимально независимой жизнедеятельности в обществе. Именно поэтому ООН инициировала Конвенцию о правах инвалидов (далее — Конвенция), которая была разработана при активном участии организаций людей, имеющих инвалидность. Конвенция была принята Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 г. Российская Федерация подписала эту Конвенцию 24 сентября 2008 г.

Конвенция реализует подход к решению проблем инвалидов, основанный на признании прав человека. Данный подход представляет собой специальный механизм обеспечения соблюдения всех прав человека (личных, политических, экономических, социальных, культурных) в случае наличия у лица инвалидности [1].

Конкурсы профессионального мастерства как форма внеурочной деятельности помогают успешно решать задачи повышения качества подготовки специалистов, позволяют создать благоприятную среду для развития интеллекта, совершенствования профессиональных умений и навыков, развития профессионального и креативного мышления обучающихся, способствуют формированию опыта творческой деятельности в профессиональной сфере [2].

Движение Abilympics основано в 1970-х годах в Японии, и долгое время проявляло активность только там. Внимание государства и работодателей организаторы Abilympics смогли привлечь очень быстро. Но самая главная проблема, которую они решили, — мотивация самих инвалидов. Они смогли показать людям с инвалидностью, что у них есть возможности и открытые дороги. С 1972 года международные соревнования движения Abilympics проводятся один раз в несколько лет в разных странах. Международный конкурс впервые состоялся в 1981 году в Токио. Сейчас международные чемпионаты проводятся один раз в четыре года, как и Олимпийские игры. В них участвуют люди с самыми разными видами инвалидности, а движение Abilympics охватывает почти четыре десятка стран.

Россия присоединилась к международному движению Abilympics International в 2014 году. 7 декабря 2014 года в Москве состоялся Первый Презентационный чемпионат Abilympics. 72 участника показали свое мастерство по 18 профессиям. После этого настал черед отборочных региональных конкурсов, которые прошли в Москве и Подмосковье, Ставропольском крае, Челябинской области, Республике Башкортостан.

Конкурсы профессионального мастерства «Абилимпикс» проводятся в целях содействия развитию профессиональной инклюзии обучающихся, выпускников и молодых специалистов с инвалидностью на рынке труда.(концепция)

Проведение конкурсов профессионального мастерства направлено на решение следующих задач:

- создание системы профессиональной ориентации школьников;
- создание системы профессиональной ориентации и мотивации людей с инвалидностью к профессиональному образованию через конкурсы профессионального мастерства;
- развитие профессионального мастерства студентов с инвалидностью;
- содействие трудоустройству выпускников и молодых специалистов с инвалидностью;

- стимулирование выпускников и молодых специалистов с инвалидностью к дальнейшему профессиональному и личностному росту;
- выявление и поддержка талантливых детей и молодежи из числа людей с инвалидностью;
- подготовка волонтеров для работы с людьми с инвалидностью;
- формирование экспертного сообщества по профессиональному образованию и трудоустройству людей с инвалидностью;
- включение работодателей в процесс инклюзивного профессионального образования и трудоустройства людей с инвалидностью.

К участию в конкурсах профессионального мастерства допускаются граждане Российской Федерации с инвалидностью в возрасте от 14 до 65 лет, по трем возрастным категориям: «школьники», «студенты» и «специалисты».

«Школьники» – физические лица с инвалидностью и/или ограниченными возможностями здоровья, обучающиеся по программам основного общего и среднего общего образования в возрасте от 14 лет.

«Студенты» - физические лица с инвалидностью и/или ограниченными возможностями здоровья, обучающиеся по программам профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования.

«Специалисты» – физические лица с инвалидностью в возрасте до 65 лет, в том числе выпускники образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования, трудоустроенные или нуждающиеся в трудоустройстве.

Из Концепции «Развитие системы конкурсов профессионального мастерства для обучающихся и молодых специалистов с инвалидностью «Абилимпикс» [2] следует, что система конкурсов профессионального мастерства в России проводится в 2 этапа:

I этап – региональный отборочный этап Национального чемпионата – проводится на уровне субъектов Российской Федерации согласно утвержденному графику. Региональные соревнования по всем номинациям заканчиваются в октябре.

II этап – Финал Национального чемпионата – проводится на всероссийском уровне. Как правило, он организуется в Москве в павильонах ВДНХ в ноябре.

Программа конкурсов профессионального мастерства «Абилимпикс» состоит из соревновательной, профориентационной и деловой программ. В перечне компетенций Национального чемпионата в настоящее время 5 медицинских специальностей:

- Зубной техник,
- Массажист,
- Медицинский и лабораторный анализ,

- Медицинский и социальный уход,
- Адаптивная физическая культура.

Конкурс является демонстрацией профессиональных навыков. Теоретические знания необходимы, но они не подвергаются явной проверке. В рамках конкурсного задания участник должен продемонстрировать практическую работу, которая включает в себя выполнение этапов алгоритмов простых медицинских услуг в соответствии с профессиональными стандартами. В роли пациента (клиента) привлекается статист.

Важно напомнить, что кроме участников заслуживает внимание волонтеры. Волонтеры движения оказывают не только организационную поддержку проведению региональных этапов Национального чемпионата, но и способствуют развитию социальной инклюзии в обществе. Волонтеры «Абилимпикс» - это сообщество молодых людей, равнодушных к проблемам инвалидов, люди с социально-ответственной позицией, способствующие развитию инклюзивного общества. Инклюзия (от inclusion – включение) – процесс реального включения людей с инвалидностью в активную общественную жизнь.

Таким образом, положительный эффект развития движения «Абилимпикс» состоит:

- в ранней профориентации детей с инвалидностью;
- в повышении уровня профессиональных компетенций лиц с ОВЗ;
- в создании экспертного сообщества и новых коммуникационных линий в рамках развития профессиональной подготовки лиц с ОВЗ и лиц с инвалидностью;
- в создании системы дистанционного обучения экспертного сообщества;
- в обмене инновационными практиками между странами-участниками международного движения Абилимпикс;
- в привлечении внимания работодателей к возможностям трудоустройства инвалидов.

Литература:

1 Жаворонков Р.Н. Аналитическая записка «Сравнительно-правовой анализ федерального законодательства РФ в области реабилитации и социальной защиты инвалидов и Конвенции ООН о правах инвалидов». С. 38 [Электронный ресурс]: - Режим доступа: <http://www.rehabsys.ru/userfiles/analit-zap-roman.pdf>

2. Концепция проведения конкурсов профессионального мастерства для людей с инвалидностью «Абилимпикс» на 2017-2020 годы [Электронный ресурс]: - Режим доступа: https://бпоото.рф/document/Абилимпикс/Контseptсия_Abilimpix.pdf

ФОРМИРОВАНИЕ ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКОГО УХОДА У СТУДЕНТОВ ТЮМЕНСКОГО ГМУ

Лапик С.В., Белькова Л.В.

**ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Тюмень**

Актуальность. В 70-80 гг. прошлого века подавляющее большинство студентов медицинских высших учебных заведений, особенно на младших курсах, работали в больницах санитарями, а после прохождения медсестринской практики медицинскими сестрами. В результате чего клиническая самоподготовка врачей не имела проблем, а также не было и речи о тотальном дефиците в лечебно-профилактических медицинских организациях (ЛП МО) младшего и среднего медицинского персонала. Автор статьи имеет сама такой опыт. Затем с введением процедуры сертификации эта практика постепенно сошла на нет. Мы знаем, что новое, это не совсем забытое старое, и 03.07.2012 года вступил в силу приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19.03.2012 г. № 239-н (с августа 2016 г. действует Приказ Минздрава РФ от 27.06.2016 г. N 419н, в который дополнительно включены студенты, закончившие два курса программы бакалавриата по сестринскому делу, и выпускники программ бакалавриата и специалитета по сестринскому делу) «Об утверждении положения о порядке допуска лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образование к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала», Согласно утвержденному порядку лица, не завершившие освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лица с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием, могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности на должностях среднего медицинского персонала при предъявлении справки об обучении/периоде обучения, диплома о высшем медицинском образовании, а также положительного результата сдачи экзамена по допуску к осуществлению медицинской деятельности, подтвержденного выпиской из протокола сдачи экзамена, в связи с чем в медицинских ВУЗах активно заработали комиссии по допуску лиц, в первую очередь студентов, начиная с третьего курса к работе в качестве, в первую очередь, медицинских сестер/братьев. Экзаменационные

материалы, которые есть в открытом доступе на сайтах ВУЗов, безусловно, требуют детального анализа и унификации. Однако, в данной статье мы остановимся на логистике (рациональном процессе) обучения студентов сестринскому делу, для того, чтобы они могли успешно сдать этот экзамен и самостоятельно работать в качестве специалистов сестринского дела, что, во-первых, будет способствовать приверженности выбранной медицинской профессии, во-вторых, практическому научению студентов клинической медицине по планируемой специальности и, в третьих, поможет региональному здравоохранению частично решить проблему дефицита кадров младшего и среднего медперсонала [3].

Цель данной публикации обобщить и представить для широкого обсуждения опыт Тюменского государственного медицинского университета по логистике формирования знаний, умений и владений общепрофессиональных компетенций общего и медицинского, в т.ч. специализированного ухода для повышения приверженности студентов врачебных специальностей профессиональной деятельности посредством трудоустройства в качестве среднего медицинского персонала в медицинских организациях.

Результаты и их обсуждение. В Федеральные государственные образовательные стандарты (ФГОС) врачебных специальностей третьего поколения с первого по третий курс целенаправленно был включен блок учебных и производственных практик в качестве помощников младшего и среднего медицинского персонала, а именно, помощник младшего медицинского персонала, помощник палатной медицинской сестры и помощник процедурной медицинской сестры. Учебная практика о получении первичных профессиональных умений и навыков, которую студенты - будущие врачи - проходят в первом семестре, состоит из разделов симуляционного обучения общему уходу за больными и знакомства с работой медицинских организаций [2]. Модульная единица 1. «Безопасность медицинского персонала и пациентов» посвящена приобретению навыков профессионального общения. Из основных практических умений и владений студенты осваивают основы санитарно-эпидемиологического режима и манипуляции транспортировки и перемещения пациентов. В модульной единице 2. «Технологии простых медицинских услуг общего ухода» приобретают в условиях симуляции и реальной клинической практики умения и владения общего ухода за больными. Данный модуль является самым важным для изучения и освоения студентами на данной практике. Модульная единица 3. «Основы первой помощи» включает в себя первую помощь при отсутствии сознания, остановке дыхания и кровообращения, инородных телах верхних

дыхательных путей, наружных кровотечениях, травмах различных областей тела, ожогах, тепловом ударе, отморожениях и переохлаждении.

Перечень умений и владений в рамках приобретения компетенций для освоения на учебной практике студентами первого курса небольшой и включает 30 манипуляций и процедур санитарно-эпидемиологического режима, клинической и личной гигиены, общего ухода, первой помощи. Причем уровень освоения компетенций на данной практике начальный. Насыщение данной практики манипуляциями и процедурами специализированного ухода не целесообразно, т.к. студентами на первом курсе только начато изучение анатомии, нормальную физиологию, микробиологию, пропедевтику внутренних болезней они только будут изучать в дальнейшем. Для закрепления умений и владений, полученных на учебной практике, а также расширению их перечня посвящена производственная практика в ЛП МО во втором семестре первого курса в качестве помощника младшего медицинского персонала. На производственной практике студенты в условиях медицинской организации стационарного и амбулаторно-поликлинического профиля закрепляют умения и владения работы в команде, санитарно-эпидемиологического режима, клинической гигиены, общего ухода за больными. Перечень практических умений и владений расширен по выполнению манипуляций и процедур общего ухода (простых медицинских услуг). В основе учебной и производственной практики студентов первого курса должны лежать квалификационные требования к младшему медицинскому персоналу ЛП МО: санитарке/санитару, сиделке и младшей медицинской сестре по уходу за больными).

На втором курсе в четвертом семестре студенты проходят учебную клиническую (симуляционную) и производственную практики в качестве помощника палатной медицинской сестры. Целью этих практик является освоение компетенций общего медицинского и специализированный ухода за больными в условиях симуляции, а затем клинических условиях, являющихся неотъемлемой деятельностью младшего и среднего медицинского персонала при лечении пациентов для их выздоровления, профилактики осложнений; освоение и закрепление в клинике компетенций по обеспечению безопасной больничной среды для пациента и персонала; обеспечение базиса практических умений для изучения клинических дисциплин. В основе практики лежат квалификационные требования к сестринскому медицинскому персоналу ЛП МО: палатной медицинской сестре, медицинской сестре приемного отделения. В перечень практических умений и владений на практике второго курса добавлены манипуляции и процедуры общего медицинского и специализированного ухода за больными терапевтического и хирургического профиля и в первую очередь инъекции,

катетеризация, клизмы, зондовые процедуры, повязки и перевязки. Следует обратить внимание, что по нашим данным опроса студентов, проходящих клиническую практику в условиях симуляции, для достижения уверенности в ее выполнении в клинических условиях, им необходимо выполнить ее на фантоме не менее семи раз.

Клиническая (симуляционная) практика и последующая производственная практика в качестве помощника процедурной медицинской сестры в шестом семестре третьего курса включает в себя наряду с манипуляциями и процедурами медицинского ухода и высокотехнологичные сестринские вмешательства, такие как уход за стомами, дренажами и ранами, венепункции/внутривенные инъекции /вливания, уход за периферическим венозным катетером, ассистенцию при врачебных манипуляциях и процедурах. В основе практики должны лежать квалификационные требования к сестринскому медицинскому персоналу ЛП МО: палатной медицинской сестре, медицинской сестре процедурной и перевязочной (пятый квалификационный уровень профессионального стандарта)

Следует подчеркнуть, что врачебный и сестринский персонал разного уровня образования осуществляют оказание медицинской и профилактической помощи населению в команде, в связи с чем возникает необходимость обучения студентов врачебных специальностей соблюдению санитарно-эпидемиологического и лечебно-охранительного режима в ЛП МО, клинической гигиене, медицинскому уходу за больными, пользованию медицинскими изделиями и инструментами, алгоритмам выполнения простых медицинских услуг, а также высокотехнологичных сестринских вмешательств, терапевтическому общению, а также обучению умениям общего ухода и самоухода пациентов и их родственников.

Для формирования компетенций, включающих современные знания, умения и владения по медицинскому уходу, определенные требованиями ФГОС высшего образования по медицинским специальностям целесообразно преподавание дисциплин по манипуляционной технике в интеграции с учебными и производственными практиками в качестве помощников младшего и среднего медицинского персонала осуществлять на профильных кафедрах сестринского дела, обладающих соответствующим кадровым и материально-техническим потенциалом, которые пока еще сохранились в большинстве медицинских вузов Российской Федерации от факультетов высшего сестринского образования.

Наш опыт преподавания дисциплины «Сестринское дело» [1] в совокупности с освоением компетенций на учебных и производственных практиках обеспечивает в

среднем успешную сдачу экзамена по допуску 70-85% претендентов независимой комиссии с привлечением в первую очередь потенциальных работодателей.

Выводы. Таким образом, рациональный процесс теоретического и практического обучения студентов врачебных специальностей общему и медицинскому уходу позволяет им успешно сдать экзамен по допуску к деятельности в качестве среднего медицинского персонала, самостоятельно работать в качестве специалистов сестринского дела, что будет способствовать приверженности выбранной медицинской профессии, успешной сдаче первичной аккредитации и дополнительными баллами при поступлении в ординатуру, приобретению клинического опыта по планируемой специальности, а также поможет региональному здравоохранению решить проблему дефицита кадров младшего и среднего медперсонала.

Литература:

1. Лапик С.В. Модульно-компетентностный подход к реализации программы дисциплины «Сестринское дело» вариативной части ФГОС третьего поколения по специальности «Лечебное дело» // Актуальные проблемы и перспективы развития российского и международного медицинского образования. Вузовская педагогика: Материалы конференции. - Красноярск: Версо, 2012 - С.38-40.
2. Лапик С.В. Логистика обучения будущих врачей сестринскому делу в Тюменском государственном медицинском университете // Вестник Уральского государственного медицинского университета, № 2, 2017, С. 56-59
- 3.. Лапик, С.В. Работа студентов в ЛПО: какая подготовка должна у них быть? / С.В. Лапик // Главная медицинская сестра, 2012, №5, С. 146-156.

ОБОСНОВАНИЕ АВТОНОМНОЙ РАБОТЫ АКАДЕМИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ НА ДОВРАЧЕБНОМ ПРИЕМЕ

Лапик С.В.

**ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Тюмень**

Актуальность. В Российской Федерации в течение восьми лет реализуется университетская подготовка медицинских сестер–бакалавров с квалификацией Академическая медицинская сестра. Преподаватель, в том числе в Тюменском государственном медицинском университете [2]. Особенностью реализации

бакалаврской программы по сестринскому делу является большой объем клинической сестринской практики, наряду с управленческой и психолого-педагогической подготовкой, что позволяет использовать потенциал данных специалистов при автономной работе в здравоохранении [1, 4, 5].

Цель исследования: обосновать возможность самостоятельной работы академической медицинской сестры -бакалавра на доврачебном приеме при оказании специализированной эндокринологической помощи в медицинской организации амбулаторно-поликлинического профиля.

Результаты и их обсуждение. В работе проведен анализ структуры затрат рабочего времени врача-эндокринолога методом наблюдения, осуществлен хронометраж амбулаторно-поликлинического приема врачом-специалистом в соответствии со структурой [3]. Рабочий день врача 6 часов или 360 минут. Норма времени на прием пациента в данной поликлинике составляет 15 минут, куда входят опрос, осмотр, выписка направлений на обследование, назначение лечения и рекомендации. В день по расчетам ($360 \text{ мин} / 15 \text{ мин} = 24 \text{ человека}$) на прием должно быть записано 24 человека. Но по факту врач принимает 30 и более человек, что подтверждает большую загруженность и востребованность врача-специалиста в данной медицинской организации.

Таблица 1

Структура затрат рабочего времени врача-эндокринолога на амбулаторно-поликлиническом приеме

Анамнез		Осмотр	Выписка/назначение анализов	Назначение лечения
Опрос	Внесение данных в SAP			
4 мин	3 мин	3 мин	2 мин	3 мин
Занятость в процентах				
26%	20%	20%	14%	20%

Из табл. 1 видно, что большая часть времени уходит именно на опрос пациента. Опрос - важная часть приема, при условии предоставления заранее собранной информации о пациенте, больше времени можно уделить осмотру, назначению лечения и рекомендациям. Как отмечено выше, в день на прием приходят 30 и более человек,

т.е. по факту на одного пациента уходит не 15 минут, а в среднем 10 минут. При этом Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.12.2016 N 973н "Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта" на прием врача-эндокринолога отведено 19 минут.

Ниже представлены результаты хронометража затрат времени врача на приеме, где показано, сколько в среднем в минутах продолжается определенный вид деятельности (табл.2).

Таблица 2

Фактические затраты времени врача-эндокринолога на лечебно-диагностическое посещение, минуты

Должность	Основная работа	Работа с документац ней	Вспомогательная деятельность	Служебное общение	Прочая деятельность
Врач-эндокринолог	10,15± 1,38	4,13± 0,34	0,37 ± 0,22	0,17±0,1	0,18±0,2

В связи с тем, что врач тратит много времени на опрос, и в день у него приходит количество пациентов больше, чем положено, нами было предложено передать эту функцию медицинской сестре-бакалавру, расширив таким образом ее функции на приеме. По согласованию с врачом-эндокринологом был составлен скрининг-опрос для пациентов, который включал основные вопросы, которые задаёт на приеме врач, и также вопросы двух тестов направленных на экспресс-диагностику гипертиреоза и гипотиреоза. Данный опрос рассчитан на то, чтобы пациент быстро ответил на конкретные вопросы и представил необходимые документы, если они имеются.

На следующем этапе работы мы оценили, как изменится структура приема с введением скрининг-опроса. Академическая медицинская сестра-бакалавр самостоятельно провела скрининг-опрос у 60 пациентов с занесением результатов в информационную систему SAP.

Структура рабочего времени врача-эндокринолога на амбулаторно-поликлиническом приеме после внедрения скрининг-опроса

Анамнез		Осмотр	Выписка/назначение анализов	Назначение лечения
Опрос	Внесение данных в SAP			
1,8 мин	1,5 мин	3 мин	2 мин	3 мин
Занятость в процентах				
15,9%	13,3%	26,5%	17,8%	26,5%

Итак, опрос, который ранее составлял 4 минуты, сократился до 1,8 минуты, внесение данных в компьютер заняло 1,5 минуты.

Сравнивая работу врача до и после внедрения скрининг-опроса, следует отметить существенное снижение времени, затраченное на опрос пациента и работу с компьютером. Процент занятости врача на опрос пациента снизился на 10,1%, а работа на компьютере на 6,7%, при этом осмотр, выписка/назначение анализов, назначение лечения по времени остались неизменными.

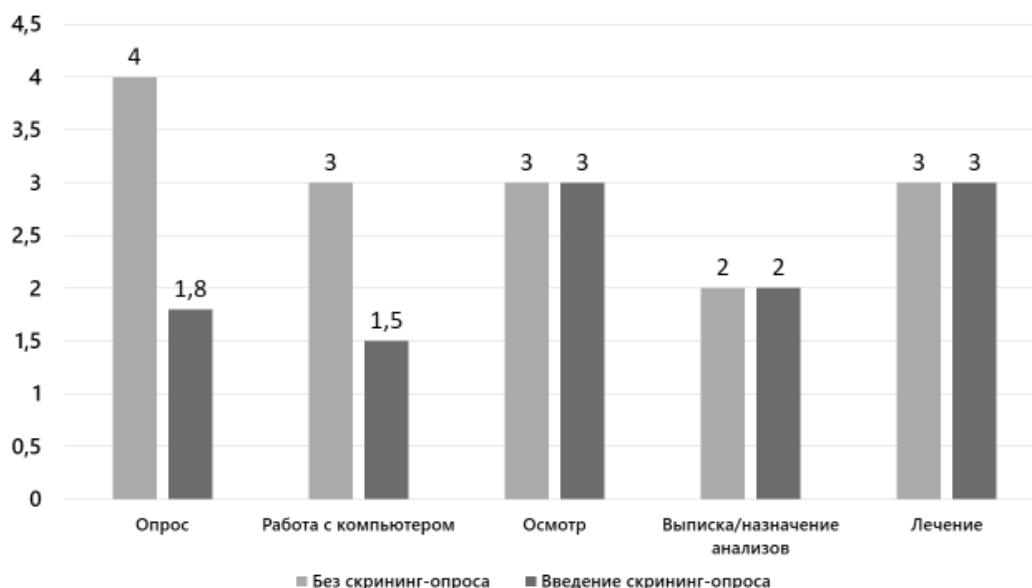


Рисунок 1. Сравнительная структура рабочего времени врача-эндокринолога на амбулаторно-поликлиническом приеме в минутах, до и после внедрения скрининг-опроса

Также методом хронометража мы выявили изменения в структуре фактических затрат времени врача эндокринолога после внедрения скрининг-опроса в рамках доврачебного приема (табл. 4).

Таблица 4

Фактические затраты времени врача-эндокринолога на амбулаторно-поликлиническом приеме после внедрения скрининг-опроса, минуты

Должность	Основная работа	Работа с документами	Вспомогательная деятельность	Служебное общение	Прочая деятельность
Врач-эндокрин.	8,35± 1,38	2,23± 0,34	0,37 ± 0,22	0,17±0,1	0,18±0,2

Выводы.

1. Внедрение стандартного скрининг-опроса медицинской сестрой в рамках доврачебного приема сокращает время врача специалиста на сбор анамнеза, что позволяет ему увеличить время на осуществление лечебно-диагностических мероприятий или в ситуации повышенной нагрузки принять больше пациентов.

2. Академическая сестра-бакалавр на самостоятельном приеме может реализовывать расширенные функции не только диагностической, но и профилактической деятельности, обслуживая двух, а то и трех профильных врачей специалистов.

3. Введение доврачебного приема у врача специалиста требует документального оформления локальным документом медицинской организации в виде стандартной операционной процедуры.

Литература:

1. Лапик С.В. Перспективы и проблемы подготовки бакалавров сестринского дела // Системная интеграция в здравоохранении: Электронный научно-практический журнал для специалистов здравоохранения, экономики и управления, информационных технологий, педагогики, психологии и социальной работы, № 4 (34), 2017, С. 45-51.
2. Лапик С.В. Востребованность бакалавров сестринского дела на региональном рынке труда // Университетская медицина Урала, Т. 4, №34 (15), 2018, С. 18-21.

3.Лапик С.В., Труханова И.Н., Бухалова Т.В. Анализ затрат рабочего времени медицинской сестры стационара по данным хронометража // Главная медицинская сестра, 2008, № 1, С.90-96.

4.Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25 июня 2014 г. № 309 “Об утверждении плана мероприятий («дорожная карта») по расширению функций специалистов со средним медицинским образованием” URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70588124/> (дата обращения: 02.08.2019)

5.Холопов А.А., Павлов Ю.И., Кокшарова Е.А. и др. Расширение роли сестринского персонала в системе помощи больным сахарным диабетом как элемент стратегии развития реформы здравоохранения // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 11-1. – С. 60-64; URL: <http://applied-research.ru/ru/article/view?id=7673> (дата обращения: 02.08.2019).

ЗНАЧЕНИЕ ГИГИЕНЫ РУК МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СИСТЕМЕ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Лапик С.В.

**ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Тюмень**

Актуальность. Одна из основных мер инфекционного контроля, доказавшая наибольшую эффективность в предотвращении инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) и распространении антимикробной резистентности патогенных организмов - это гигиена рук. Гигиеническая обработка рук - совокупность некоторых приемов, включающих использование моющего или антисептического средства, для удаления загрязнений и транзитной микрофлоры с кожи кистей рук медперсонала. Однако даже на сегодня проблема обработка рук медработников не может быть решенной до конца. Исследования, проведенные Всемирной организацией здравоохранения, выявили, что медицинские работники не соблюдают правила гигиены рук как в развитых, так и в развивающихся странах [1, 4, 5].

Цель работы: провести сравнительный анализ осведомленности медицинских работников по вопросам эпидемиологической значимости гигиены рук и результатов внешнего аудита с использованием чек-листа

Результаты и их обсуждение. В настоящее время в здравоохранении Тюменской области в рамках системы менеджмента качества СМК проводится активная работа по

подготовке и внедрению стандартных операционных процедур (СОП). Примерами документов СМК, использованных в данном исследовании, является стандартная операционная процедура «Алгоритм гигиенической обработки рук медицинского персонала», анкета для определения уровня знаний персонала на заданную тему: «Правила обработки рук» (сотрудники) и чек-лист для проведения внешнего аудита правильного выполнения данного СОП.

Анализ анкетирования сотрудников показал, что 100% работников знают технологию обработки рук и выполняют рекомендации по гигиене рук. Весь медицинский персонал, участвующий в опросе, ответил положительно на следующие вопросы: достаточно ли хорошо знаете технику обработки рук; всегда ли проводите гигиеническую обработку рук; обучали вас гигиенической обработке рук в образовательной учреждении, в последующем в медицинской организации [2, 3].

Так же все сотрудники ответили, что во время работы не носят кольца и не покрывают ногти лаком. У 14% сотрудников рабочее место не оснащено в соответствии с требованиями СОП. Анализируя распределение ответов на вопрос об используемых средствах для гигиены рук, необходимо отметить, что у 80% работников на рабочих местах установлены настенные дозаторы, 47,7% медицинского персонала пользуются краном для мытья рук с локтевым управлением.

Для высушивания рук бумажные салфетки однократного использования применяют 92,3% медицинских работников; тканевые полотенца однократного использования применяют 15,4 % сотрудников поликлиники; а тканевыми полотенцами многократного использования пользуется всего 3% персонала.

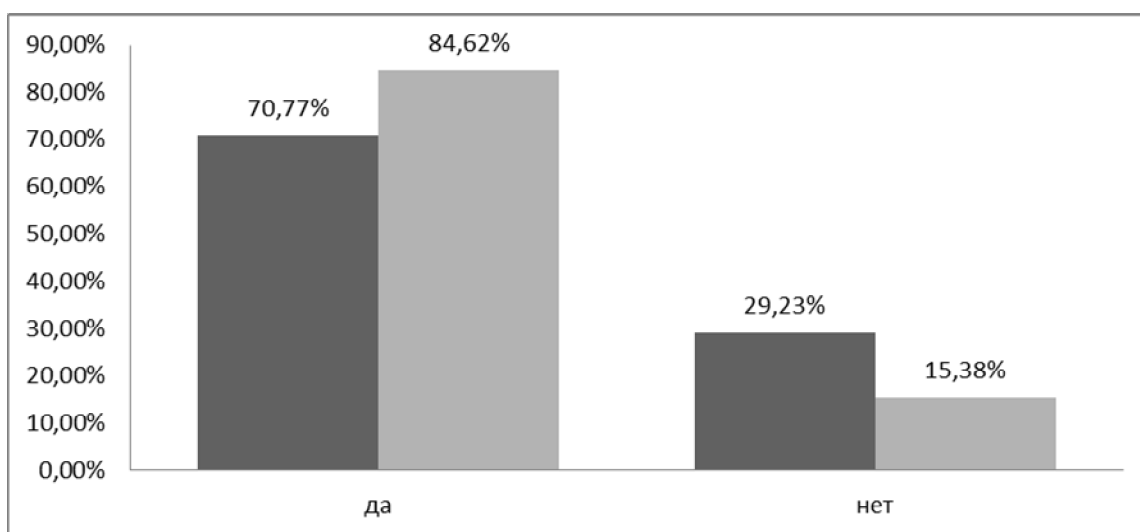


Рисунок 1. Обеспечение сотрудников индивидуальными средствами по уходу за руками.

70,8% сотрудников обеспечены индивидуальными емкостями небольших объемов с кожным антисептиком, также 84,6 % медицинского персонала используют средства для ухода за кожей рук : крема, лосьоны, бальзамы и др. (Рис.1).

Следующий этап соблюдения сотрудниками обязательных требований, зафиксированных в первую очередь в СОПах к деятельности на каждом рабочем месте, это проведение внутреннего аудита с применением чек-листа.

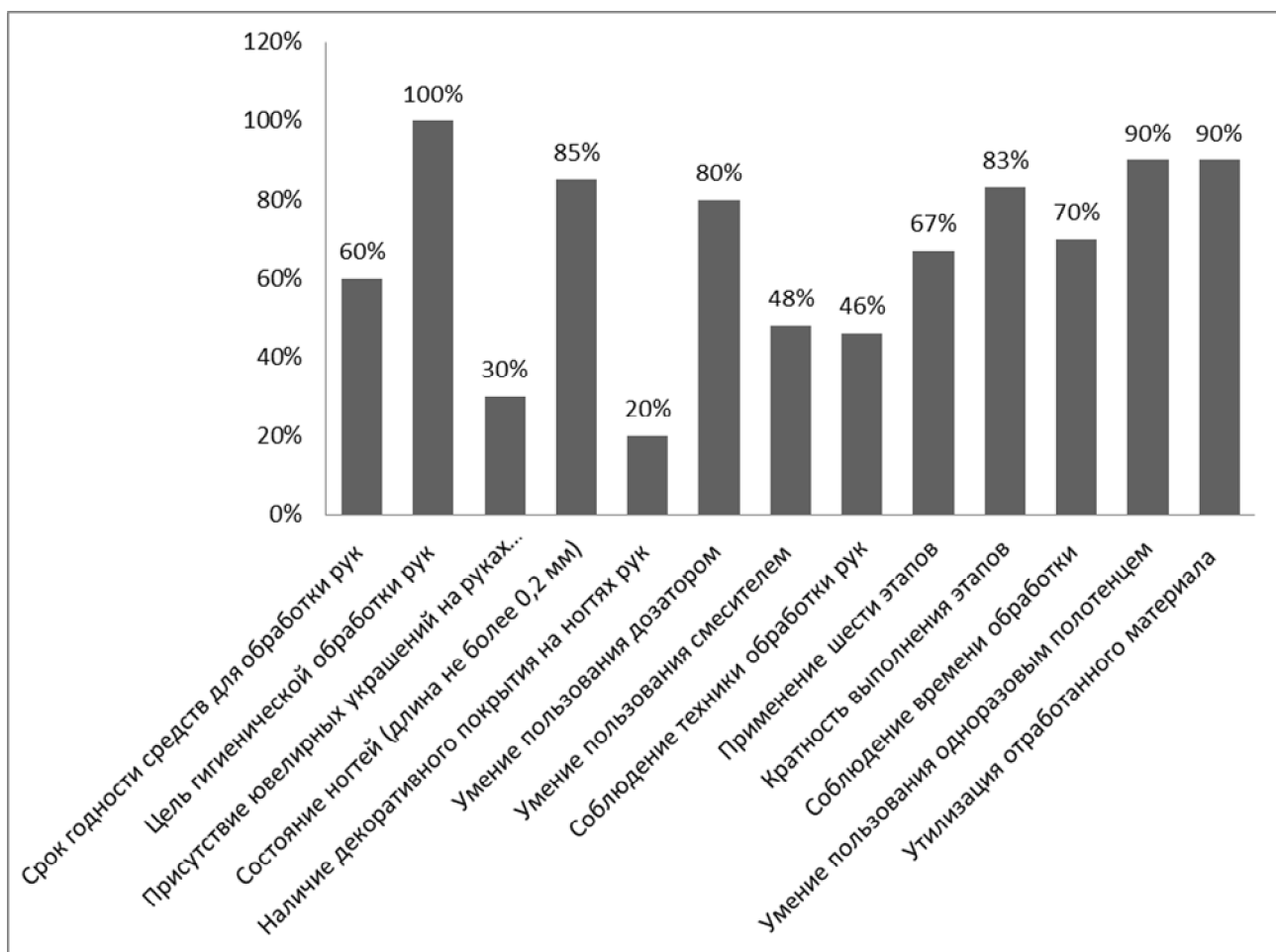


Рисунок 2. Результаты аудита по чек-листу

Результаты наблюдения за медицинским персоналом при гигиенической обработке рук показали (Рис.2), что срок годности средств для обработки рук знают всего 60% сотрудников, у 30 % работников больницы присутствуют украшения на руках, такие как кольца и браслеты, основное украшение рук персонала это обручальные кольца, 15 % сотрудников не знают, какая допустимая длина ногтей у медицинской сестры. Наличие декоративного покрытия на ногтях рук обнаружено у 20% медработников, в основном это молодые сотрудники. Средний процент работников, которые знают, как пользоваться дозатором, смесителем и знают, как обработать дозаторы – 80%. Всего 48% сотрудников поликлиники умеют пользоваться смесителем с локтевым управлением. Это связано с тем, что у 52%

работников установлен кран с «барашками». Аудит выявил, что только 46% среднего медицинского персонала соблюдают технику обработку рук, Остальные 54% забывают последовательность или связывают не соблюдение техники с нехваткой времени на данную процедуру. Соблюдают полностью алгоритм только 67% наблюдаемых сотрудников, данная цифра связана с тем, что так же работники не знают или забывают, в основном это медицинские сестры уже пенсионного возраста. Кратность выполнения этапов выполняют всего 83%, при этом временной интервал соблюдают 70%, остальные работники спешат. Умеют пользоваться одноразовыми полотенцами и утилизировать их 90% медицинских сестер.

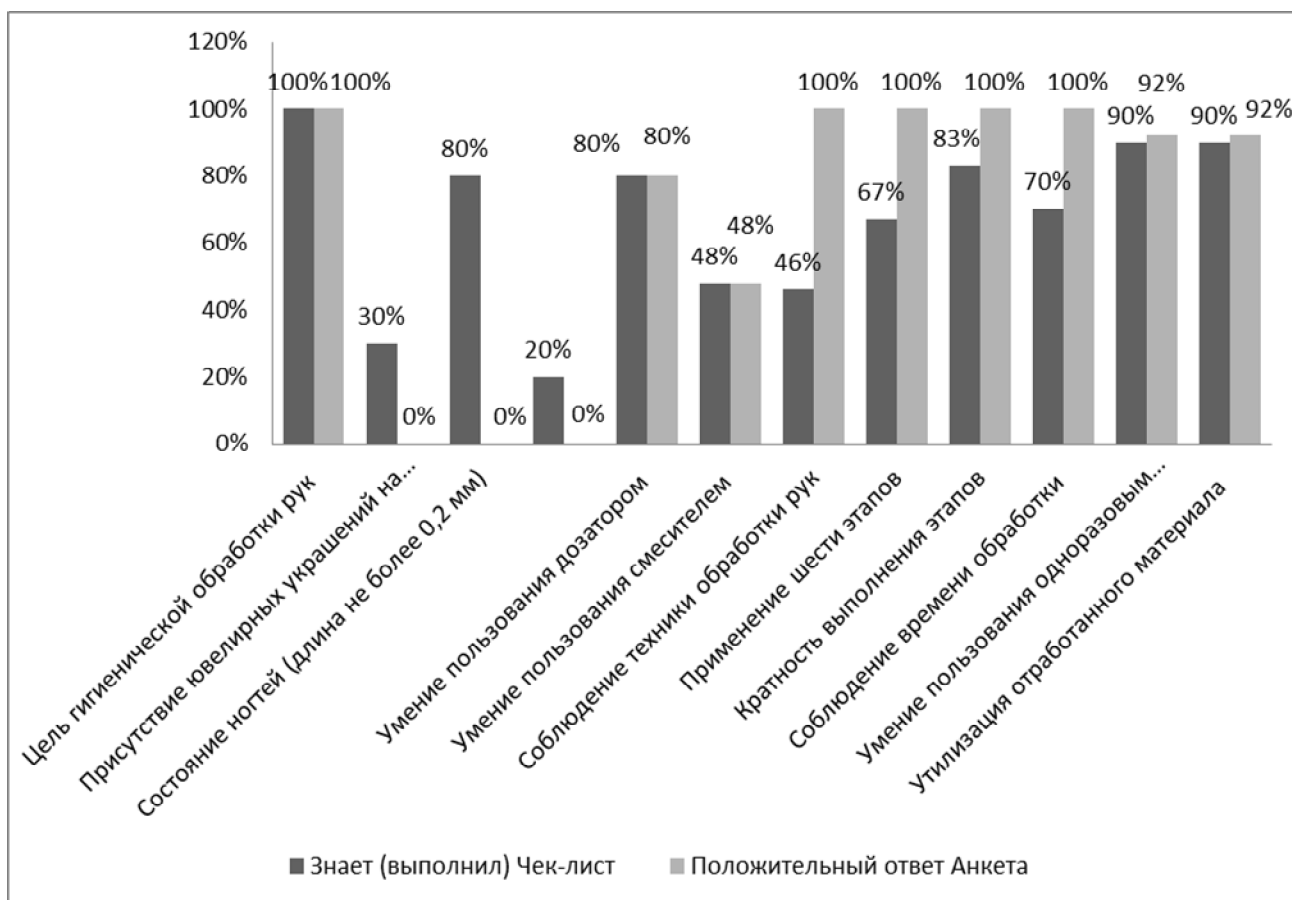


Рисунок 3. Сравнительный анализ ответов анкеты и чек-листа

При проведении сравнительного анализа ответов медсестер на вопросы анкеты и результатов аудита выполнения стандарта обнаруживаются следующие несоответствия (Рис.3):

- Опрашиваемые работники утверждают на 100%, что они не носят ювелирные украшения на руках, на самом деле у 30% среднего медицинского персонала было замечено наличие на руках колец и браслетов;

- Длинные ногти и наличие декоративного покрытия на ногтях присутствует у 20% медицинских работников, а в анкете все сотрудники ответили, что не покрывают ногти лаком;
- Соблюдают технику обработки рук всего 46% среднего медицинского персонала; соблюдают последовательность гигиенической обработки рук – 67%; соблюдают время обработки рук всего 70% медсестер; хотя в анкете все медработники ответили, что знают технику обработки рук и выполняют все рекомендации.

Выводы.

1. Причиной неисполнения медицинским персоналом рекомендаций по обработке рук являются: неправильная организация условий и мест проведения антисептической обработки рук, из-за высокой нагрузки нехватка рабочего времени, забывчивость медработников, отсутствие необходимых знаний и требований, а также недопонимание роли антисептики рук в профилактике ИСМП.

2. При сопоставлении соотношения результатов анкетирования и внешнего аудита с возрастным критерием среднего медперсонала прослеживается прямая связь между несоблюдением кратности этапов и времени обработки рук у работников старшего возраста, что следует учитывать при организации обучения на рабочих местах [1].

Литература:

1. Гигиена рук медицинского персонала. Федеральные клинические рекомендации. - М., 2014. – 31 с.
2. Лапик С.В. Логистика обучения будущих врачей компетенциям медицинского ухода в университете // Академический журнал Западной Сибири, 2015 №3(58) том 11, С.22-24
3. Лапик С.В. Практическое обучение студентов-бакалавров по направлению Сестринское дело в медицинском вузе // Эффективное управление и организация образовательного процесса в современном медицинском вузе. Вузовская педагогика : материалы конф. /гл. ред. С. Ю. Никулина. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2014. – С. 485-487.
4. Лапик С.В. Роль и место сестринского персонала в системе оказания медицинской помощи // Журнал Здоровье и образование в XXI веке Т/ 19 (№8, 2017), С. 107-109.
5. Руководство ВОЗ по гигиене рук в здравоохранении : резюме: первая глобальная задача безопасности пациента: чистота - залог безопасной медицинской помощи / Всемирная организация здравоохранения, Безопасность пациентов, Всемирный альянс за безопасное здравоохранение. - Geneva: Всемирная организация здравоохранения, 2013. - 52 с.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИЗЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Ларькова А.О.

**Костанайский высший медицинский колледж,
г. Костанай, Республика Казахстан**

На современном этапе среди множества проблем, стоящих перед обществом Казахстана, важную роль играет проблема повышения уровня жизни населения и общественного здравоохранения. Последовательное выполнение Стратегии «Казахстан-2030» обеспечивает надежную основу для роста благосостояния, существенное повышение уровня жизни и здоровья всего населения страны. Республике жизненно важно найти оптимальный баланс между экономическими успехами и обеспечением общественных благ. В современном мире, в том числе и в Казахстане, это коренной вопрос социально-экономической модернизации, главный вектор развития в ближайшем десятилетии.

Переход к социально-ориентированной рыночной экономике характеризуется изменениями и в социально-экономическом развитии общества.

В связи с этим, возникает необходимость более углубленного исследования проблемы, разработки и внедрения методологических подходов и инструментов оценки, мониторинга и регулирования уровня жизни и здоровья населения.

Актуальность проблемы изучения острых вирусных гепатитов заключается в колоссальной заболеваемости по всему миру во многом из-за несоблюдения правил гигиены и отсутствия информации о путях распространения вируса, методах лечения и защиты. Борьба с вирусными гепатитами рассматривается как одна из основных проблем здравоохранения.

В структуре инфекционных болезней острые вирусные гепатиты занимают одно из ведущих мест. Частота заболеваемости варьирует в широких пределах: единичные случаи за год в странах с высоким социально – гигиеническим уровнем жизни населения достигают порядка нескольких тысяч на 100 тыс. населения в развивающихся странах. Это объясняется климатогеографическими, демографическими, социально - гигиеническими условиями конкретных территорий и биологическими свойствами вируса, а также взаимодействующими популяциями людей. Большое число инфицированных вирусами гепатита с клинически латентными и малосимптомными формами болезни остаются нераспознанными и неучтёнными. Вместе с тем, как установлено, именно таким формам, в первую очередь присуще хроническое, многолетнее течение, которое главным образом и поддерживает

сложившуюся неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию. Следует отметить, что заболеваемость вирусными гепатитами во многих регионах не только не снижается, а, наоборот заметно растёт. Высокая заболеваемость регистрируется, как среди детского, так и среди взрослого населения. На современном этапе суммарная заболеваемость вирусными гепатитами уступает по распространённости лишь гриппу. Причем в связи с существенно большей продолжительностью заболеваний экономический ущерб от вирусных гепатитов особенно велик [1].

За последнее время с проблемой вирусных гепатитов столкнулись миллионы людей. Вирусный гепатит представляет глобальную проблему человечеству в целом, которая все еще далека от своего решения. По новым данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), предположительно 325 миллионов человек в мире живут с хронической инфекцией, вызванной вирусом гепатита В (HBV) или вирусом гепатита С (HCV). В «Глобальном докладе ВОЗ о гепатите 2017 г.» (WHO Global hepatitis report, 2017) отмечается, что подавляющее большинство этих людей не имеют доступа к необходимому для спасения жизни тестированию и лечению. В результате миллионы людей находятся под угрозой медленного развития хронической болезни печени, рака и смерти.

Актуальность проблемы обостряется тем, что заболевание развивается чаще в молодом трудоспособном возрасте, что приносит огромный экономический ущерб государству. Благодаря использованию методов вирусологии, молекулярной биологии, геной инженерии раскрываются новые горизонты понимания проблемы и дальнейшего ее изучения.

Целью данной работы было определить динамику заболеваемости наиболее часто встречающихся типов вирусного гепатита различными путями заражения и проанализировать, имеется ли рост заболеваемости в Костанайской области за исследуемые годы.

Основной задачей настоящей работы являлось показать, эпидемиологическую ситуацию в отношении вирусного гепатита по Костанайской области.

Предметом исследования является заболевание - вирусный гепатит.

Объектом исследования является население Костанайской области Республики Казахстан

Обработка данных проводилась с использованием методов эпидемиологической диагностики, статистических методов и программы Microsoft Excel [2].

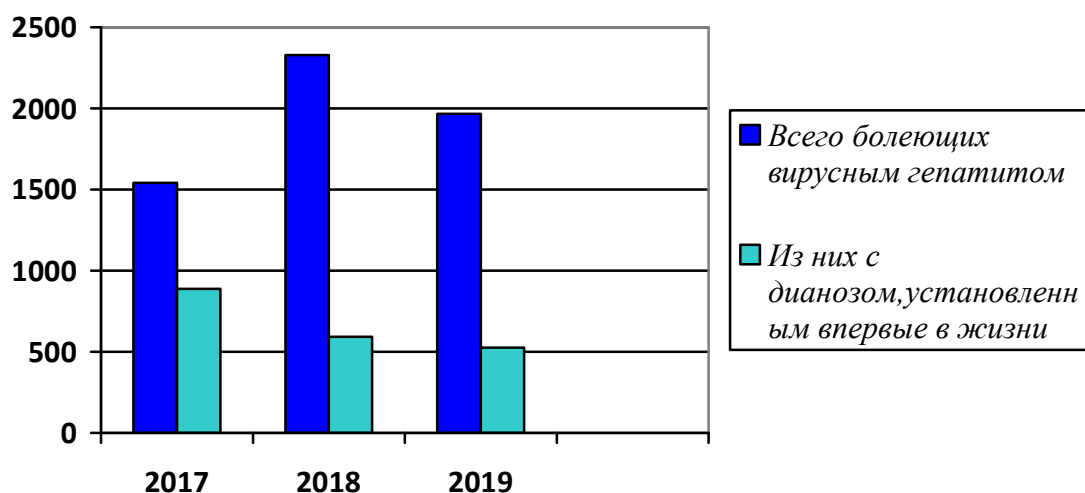


Рисунок 1. Динамика заболеваемости вирусным гепатитом в Костанайской области за 2017–2019 гг.

Из рисунка 1 следует, что за период 2017-2019 гг. абсолютное число вновь выявленных случаев заболеваний возросло с 1541 в 2017 г. До 2328 в 2018 г., и снижением до 1966 в 2019 г. т.е. на 18,9%, без учета скачка заболеваемости в 2018г. Данная динамика данным заболевания вирусным гепатита в общей структуре заболеваемости у населения Костанайской области соответствует данным регистрируемым в целом по республике.

При этом также из таблицы 1 видно, что при выявлении лиц с диагнозом, установленным впервые в жизни, среди детей (до 14 лет) и взрослых (18 лет и старше) идет снижение. Так среди детей (до 14 лет) снижение за 2017-2019 гг. заболевание вирусным гепатитом в Костанайской области (3 раз), в возрастной группе взрослых (18 лет и старше) идет снижение – 1,7 раз.

Таблица 1. Динамика заболеваемости вирусным гепатитом в Костанайской области за 2017–2019 гг.

Возрастные группы	2017		2018		2019	
	Всего	Из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	Всего	Из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	Всего	Из них с диагнозом, установленным впервые в жизни
Дети (до 14 лет)	69	45	54	19	44	14
Подростки (15-17)	15	5	23	6	20	4

Взрослые (18 лет и старше)	1454	837	2251	567	1902	507
Итого	1541	887	2328	592	1966	525

Таким образом, динамика заболеваемости вирусными гепатитами населения Костанайской области Республики Казахстан не имеет четкой устойчивой тенденции к снижению, но и не имеет цикличности возникновения заболевания, что присуще другим регионам.

Причину роста заболеваемости вирусного гепатита в Костанайской области в 2017 году санитарные врачи объяснили накоплением определенного количества восприимчивого к вирусу населения.

В последующие годы наблюдается плавное снижение заболеваемости вплоть до 2019 года впервые заболевших, хотя в 2018 году было отмечено резкое увеличение болеющих вирусным гепатитом.

Рост заболеваемости вирусным гепатитом связан с двумя тенденциями: с реальным увеличением заболеваемости и совершенствованием и усилением диагностики по гепатиту.

Но все это может иметь следующее объяснение, в последние годы выявление хронических форм вирусных гепатитов связано с расширением перечня лиц, подлежащих обследованию (медицинских работников, лицам перед проведением оперативных вмешательств, пациентам центров и отделений гемодиализа, гематологии, онкологии, трансплантации, сердечно-сосудистой и легочной хирургии и другие).

Нами установлено отсутствие цикличности эпидпроцесса, а также высокая заболеваемость среди взрослых старше 18 лет и наличие активных путей передачи гепатита.

Эти особенности могут послужить основанием для осложнения эпидпроцесса по вирусному гепатиту. Следовательно, требуется активизация мероприятий по вакцинопрофилактике.

Активизации мероприятий по вакцинопрофилактике уделяется очень большое внимание в «Государственной программе по выявлению и лечению вирусных гепатитов». Это является основной задачей Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» в части обеспечения санэпидблагополучия населения.

Литература:

1. Омарова М.Н., Умбетпаев А.Т., Лаиков Р.Т., Шуратов И.Х. и др. Ретроспективный эпиданализ инфекционной заболеваемости (метод. рекомендации). – Астана. - 2004. - 53с.
2. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан №92 от 17 февраля 2012 года «Правила обследования и лечения больных вирусными гепатитами». [http:// online.zakon.kz/](http://online.zakon.kz/) Т

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В ФИЗИОТЕРАПИИ

Малахова А.О.¹, Светлакова И.А.², Максимова Е.В.¹

МАУЗ ОТКЗ Городская клиническая больница № 1, Челябинск¹

**ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Челябинск²**

Физиотерапия как область медицины, использующая физиологическое и лечебное действие природных и искусственно созданных физических факторов, на организм человека, является более комфортной и щадящей по сравнению с хирургической операцией, инъекциями, перевязками и другими методами лечения, применяемым в медицине.

Психологический настрой пациента на процедуру, независимо от сложности и серьезности ее выполнения, очень важен. Физиотерапевтические методы и сами могут благоприятно влиять на психику, способствуя снятию тревоги и напряжения, повышая общий тонус, чем создают благоприятную почву для последующего применения других методов лечения. Современный пациент ориентирован в ключевых понятиях медицины, интересуется медицинскими знаниями, оценивая полученную информацию с позиции собственной пользы в отношении своей болезни, но непосредственное общение с врачом и медицинской сестрой, активное вовлечение самого пациента в процесс лечения является основой формирования комплаентности пациента, что во многом влияет на результат лечения.

Безусловно, психотерапия при подготовке пациента к полостной операции имеет большее значение, чем к процедуре электрофореза или магнитотерапии. Но для конкретного пациента важно именно его лечение, а не сравнение с другими. У пациентов отмечается разная, порой непредсказуемая реакция на медицинскую процедуру, что обусловлено особенностями психотипа [1]. Чтобы снизить страх,

недоверие, негативное отношение к процедуре, необходима психологическая подготовка больного.

Цель работы – разработать этапы психотерапевтического воздействия на пациента перед началом и в процессе физиотерапевтического лечения.

Материалы и методы исследования.

Отделение физиотерапии крупной многопрофильной больницы обеспечивает физиотерапевтическое лечение амбулаторных (поликлиника на 1500 посещений и женская консультация на 150 посещений в смену, травмпункт) и стационарных больных (терапевтическая, хирургическая и педиатрическая службы рассчитаны на 965 коек лечебных и 40 коек реанимационных отделений). В штате отделения состоит 7 врачей физиотерапевтов и 15 медицинских сестер. В отделении выполняется 25 методов физиотерапевтического лечения и более 100 различных методик.

Такие виды как электросветолечение (гальванизация, электрофорез, дарсонвализация, трансцеребральная импульсная терапия (электросон), УФО, амплипульс-, лазеротерапия), магнитотерапия (постоянным, импульсным, бегущим полем), ультразвук (фонофорез), ингаляционная небулайзерная терапия, теплотерапия (озокерит, парафин), ЛФК и массаж хорошо переносятся больными, методики постоянно расширяются и совершенствуются.

Отношение к болезни [1], обладающее присущими психологическим отношениям характеристиками, содержит в себе когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. Отношение к болезни условно можно разделить на 3 блока [2]. Первый включает гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы без признаков психической и социальной дезадаптации. Два других блока характеризуются наличием психической дезадаптации и различаются преимущественно интра- или интерпсихической направленностью реакции на болезнь. Второй блок включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, астенический типы отношения, эмоциональная сторона у этих больных проявляется в виде тревожности, подавленности, в угнетенном состоянии. Третий блок состоит из сенситивного, эгоцентрического, дисфорического и паранойяльного типов отношения к болезни. Таких больных объединяет интерпсихическая направленность реагирования на болезнь, обуславливающая нарушение социальной адаптации.

Кроме того, выделяют 5 типов поведенческой активности [3]:

1. Выраженная поведенческая активность типа А (сверхэнергичная, гиперактивная, нетерпеливая, импульсивная личность). Такие люди более подвержены стрессам, чрезвычайно настроены на результат, им трудно расслабиться, они

нетерпеливы и злятся, встречаясь с задержками по времени или с людьми, которых считают некомпетентными.

2.Тенденция к поведенческой активности типа А (тип А1): энергичная, стремящаяся к соревновательности, без амбициозности и агрессии, с повышенной деловой активностью личность.

3.Промежуточный тип личностной активности (тип АБ): как сбалансированная, уверенная в себе, эмоционально стабильная личность.

4.Тенденция к поведенческой активности типа Б (Б1): личность рациональная, осторожная, с умеренной активностью.

5.Выраженный поведенческий тип Б характеризуется как личность неуверенная, сомневающаяся, избегающая ответственности и пассивная.

Принято считать, что независимо от типа реакции пациента, врач обязан знать особенности каждого психотипа и учитывать их при разработке стратегии лечения, что позволит снизить вероятность возникновения у пациента психотических состояний, которые могут повредить ходу лечебного процесса.

Результаты исследования и их обсуждение.

Психологический настрой пациента на процедуру, независимо от сложностей и серьезности ее выполнения, очень важен. Психотерапией можно считать банальное объяснение хода процедуры. Даже несложная физиотерапевтическая процедура лучше переносится больным, если ему разъяснили ход процедуры, возможные изменения ощущений и ожидаемый терапевтический эффект. Многие электропроцедуры, принимаемые пациентом впервые, могут вызвать непонимание и испуг (при ощущении подаваемого электрического тока) или недовольство ввиду отсутствия ощущений, т.е. кажущаяся бесполезность процедуры (магнитотерапия). Поэтому очень важно и врачу, и медсестре подготовить пациента к процедуре (в алгоритме проведения каждого вида физиолечения есть пункт «подготовить пациента к процедуре»).

Наиболее эффективным способом устранения чувства беспокойства, тревоги и внутреннего напряжения в процессе назначения и проведения физиотерапии является рациональная разъяснительная систематическая на протяжении всего курса физиолечения психотерапия.

Многие пациенты сами интересуются, какой эффект оказывает лечение на том или ином виде аппарата и какие ощущения они должны испытывать. Медсестра должна знать не только ход проведения манипуляции, но и лечебное действие каждого аппарата. Немаловажное значение имеет разъяснение совместимости нескольких процедур. Например, совмещение таких процедур как озокерито/парафинолечение и

массаж помогает добиться наибольших результатов в лечении. При контрактуре сустава, если проводить сеанс массажа после согревающей озокеритопарафиновой аппликации, добиться подвижности в суставе можно намного быстрее. Если не объяснить это пациенту, он может сначала пройти курс одного вида лечения, затем другого, тем самым снизить эффективность лечения.

Знание типологии способов реагирования пациента на заболевание позволит подобрать адекватную стратегию взаимодействия, использовать соответствующие способы общения, мотивировать к лечению и бороться за приверженность пациентов к лечению. Типология реагирования пациента на заболевание (12 типов психологического реагирования) на основе оценки влияния трех факторов: природы соматического заболевания, типа личности, в котором важнейшую роль играет тип акцентуации характера и отношения к данному заболеванию, в большей степени необходима для лечащего врача. Определение психотипа пациента затратно по времени.

Для физиотерапевта, по нашему мнению, целесообразен подход с оценкой типа поведенческой активности. Тип А1, АБ и Б1 отличают лояльностью к медперсоналу и комплаентностью к назначаемым методам лечения. Это наиболее гармоничные пациенты, которые верят в благоприятный исход заболевания, аккуратно выполняют врачебные назначения, помогая другим пациентам настроиться на «нужную волну», что хорошо прослеживается у дверей медицинских кабинетов. Крайние варианты - тип А и тип Б – наиболее сложные пациенты с негативным отношением к болезни, к процессу лечения и медицинскому персоналу. Чрезвычайная активность таких пациентов среди «собратьев по несчастью» способна дезориентировать и вызвать групповое негативное отношение к борьбе с болезнью.

Задача врача и среднего медперсонала - создать благоприятный психологический настрой, в первую очередь, у этой группы пациентов. Психологический климат среди одновременно проходящих лечение пациентов во многом зависит от типа поведенческой активности. Задача медперсонала, на первом этапе врача (рис. 1) при назначении процедуры, далее медсестры (рис. 2) при проведении процедуры, заключается в умении проводить правильную психотерапевтическую подготовку пациента.



Рис. 1. Этапы психотерапевтического воздействия врача физиотерапевта.

Комфортная психологическая среда в лечебных кабинетах достигается благодаря доверию пациента, его отношению к болезни и к процессу лечения. Эти качества формируются в процессе взаимодействия пациента и медработника и зависят от умелого применения физиотерапевтом и медицинской сестрой знаний в области клинической психологии и психотерапии.

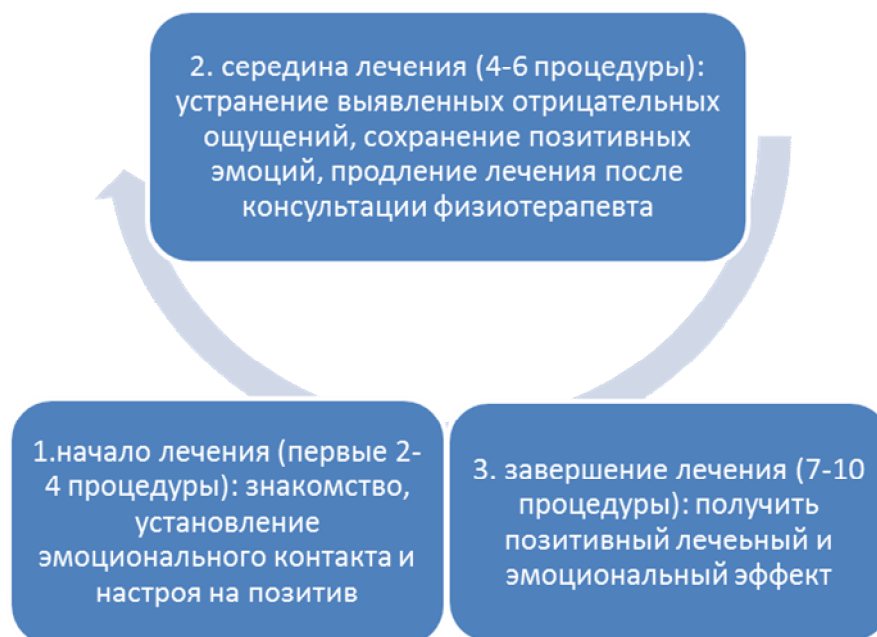


Рис. 2. Этапы психотерапевтического воздействия медсестры.

С целью позитивного психотерапевтического воздействия физиотерапевту необходимо проявлять доброжелательность (1 этап), внимательно выслушивать,

структурировать беседу и определять приоритетные проблемы (2 этап), интерпретировать и разъяснять, фокусировать главное (3 этап), давать директивные рекомендации, логически аргументировать и убеждать в правильности выбора метода лечения (4 этап), на пятом этапе осуществляется активная психологическая поддержка и рациональное внушение уверенности в позитивном результате.

С целью позитивного психотерапевтического воздействия медсестре необходимо проявлять доброжелательность и сопереживание (1 этап), соблюдать принципы медицинской этики, использовать свой опыт и практические навыки (2 этап), давать рекомендации в пределах сестринской компетенции и проводить самоанализ (3 этап).

Информирование пациента об эффективности назначенного метода лечения, о ходе процедуры и устранение препятствий в установлении эмоционального контакта стимулирует принятие решения о начале физиотерапии и повышает мотивацию на лечение. Постоянное сопровождение этапов лечения психотерапевтическим воздействием поддерживает у пациента стремление полностью пройти курс назначенной физиотерапии.

Выводы:

1. Психотерапия при физиотерапии необходима, т.к. психоэмоциональное состояние пациента значимо влияет на эффективность проводимого лечения.
2. Выявление психотипа пациента (тип отношения к болезни) более приемлемо для лечащего врача, для медицинского персонала физиотерапевтического отделения необходимо уметь определять тип поведенческой активности.
3. Разработанные для медперсонала физиотерапевтического отделения этапы психотерапевтического воздействия на пациента повышают приверженность пациентов к лечению, позволяя достичь позитивного результата.

Литература:

1. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков: Патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО)/ А.Е. Личко. – СПб.: Речь, 2010. - 132 с.
2. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей/ Л.И. Вассерман и др. - НИПНИ им. В.М. Бехтерева, СПб. - 2005. – 32 с.
3. Практическая психодиагностика: Методики и тесты. Учебное пособие /Ред. Д.Я. Райгородский. – Самара: БАХРАХ-М, 2006. – 668 с.

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЛИЦ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Мороз И.Н.¹, Светлакова И.А.², Малишевская М.В.¹, Светлакова В.А.²

**ГБУЗ Челябинская Областная клиническая специализированная
психоневрологическая больница № 1, отделение невротиков¹**

**ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Челябинск²**

Проблема нарушений пищевого поведения общеизвестна и рассматривается в настоящее время как приоритетная в развитии ожирения и сопутствующих ему соматических патологий. Современные представления о генезе нарушений пищевого поведения свидетельствуют о генетических, психологических, социальных, семейных и личностных факторах риска [3]. Пищевое поведение трактуется как поведенческие формы, установки, привычки и эмоции, касающиеся еды, отношение личности к еде и её приёму в обыденных условиях и в стрессовых ситуациях. Кроме того, еда имеет социальное значение, связанное с межличностным взаимодействием.

Три основные формы нарушений пищевого поведения: нервная анорексия, нервная булимия, компульсивное переедание (так называемое «пищевое пьянство» как реакция на стресс) рассматриваются в качестве компенсаторного способа нормализации эмоционального фона. Голландский опросник пищевого поведения, разработанный для взрослых, страдающих ожирением вследствие переедания, в клинической практике у лиц без ожирения и избыточного веса (нормосомия) не применяется, поскольку считается в этих случаях малоинформативным, существует дефицит исследований психологических аспектов этой проблемы [1,2].

Цель исследования – выявить различия в стилях пищевого поведения у пациентов клиники невротиков с нормальной массой тела при наличии расстройств адаптации.

Материалы и методы исследования.

Исследование проведено в ОКСПНБ №1 г. Челябинска в отделении невротиков. Обследовано 60 человек, 45 женщин и 15 мужчин в возрасте 20-55 лет, поступивших в отделение впервые с диагнозом F4. Распределение по нозологии: F4.32 расстройство адаптации - пролонгированная невротическая депрессия - 36 человек, смешанное тревожно- депрессивное расстройство F4.13 - 21 человек, обсессивно-компульсивное расстройство F4.20 – 3.

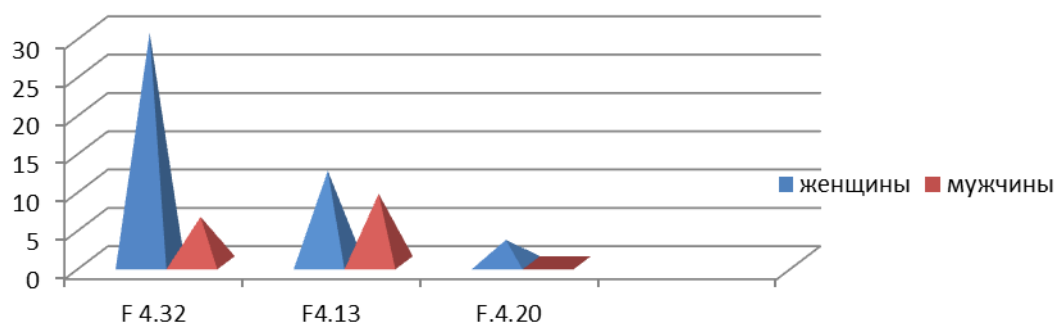


Рис. 1. Распределение больных по нозологии

Наибольшее число больных (рис. 1) находились в отделении с диагнозом пролонгированной невротической депрессии, среди пациентов преобладали женщины (30 человек), среди мужчин таких больных было 6. В группе со смешанным тревожно - депрессивным расстройством число больных столь значительно не отличалось: 12 женщин и 9 мужчин. Обсессивно-компульсивное расстройство (F4.20) отмечено только у трех женщин.

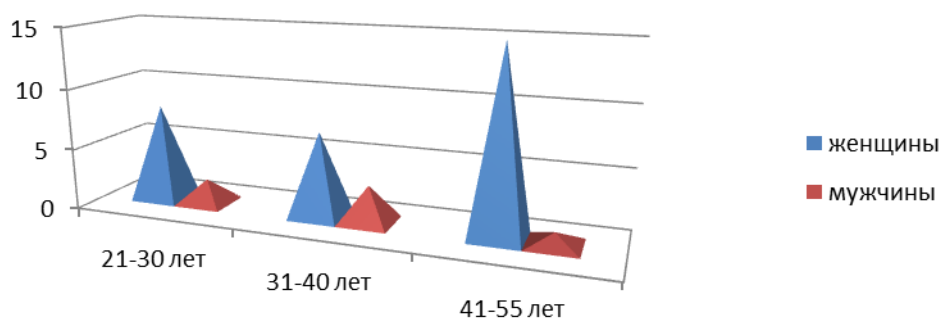


Рис. 2. Распределение пациентов с диагнозом расстройство адаптации (F 4.32) по возрасту

Из рис. 2 и 3 видно, что диагноз расстройства адаптации преобладал у женщин во всех возрастных группах, диагноз F4.13 – у женщин в возрасте 41-55 лет, у мужчин смешанное тревожно – депрессивное расстройство преобладало в возрасте 21-40 лет. С диагнозом обсессивно-компульсивное расстройство (F4.20) в каждой возрастной группе была 1 женщина.

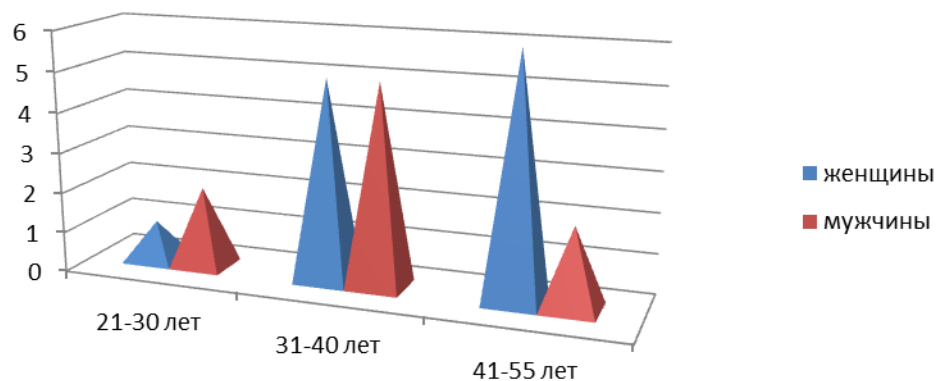


Рис. 3. Распределение пациентов с диагнозом смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F 4.13) по возрасту

У всех пациентов имела место нормосомия: индекс массы тела (ИМТ) в пределах 18,5-25,0 рассчитан по формуле Кетле: m/h^2 (m – масса тела в килограммах, h – рост в метрах). Для выявления ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения применялся разработанный в 1986г. голландскими психологами опросник пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire DEBQ). Его использование как метода исследования позволяет не только получить способ качественной и количественной оценки расстройств пищевого поведения, связанных с переизбытком и сопровождающим его ожирением, но и разработать стратегию клинико-психологической работы с пациентами с ожирением, предлагая дифференцированный подход к лечению больных, страдающих переизбытком/ ожирением, в зависимости от диагностированного типа пищевого поведения. Опросник состоит из 33 вопросов. Вопросы 1 - 10 определяют шкалу эмоциогенного пищевого поведения, вопросы 11 - 23 - шкалу экстернального и вопросы 24 - 33 - шкалу ограничительного пищевого поведения. Нормальные значения ограничительного пищевого поведения для людей с нормальным весом составляют 2,4 балла, эмоциогенного – 1,8 и экстернального – 2,7 балла. Опросник пациенты заполняли самостоятельно при поступлении в стационар.

Результаты исследования и их обсуждение.

При анализе стилей пищевого поведения выявлены отклонения от нормы абсолютно у всех 60 пациентов отделения неврозов и значимые гендерные различия в стилях питания (рис. 4).

У женщин с характерологическими особенностями (эмоциональные, впечатлительные, с выраженным конверсионным синдромом) показатели пищевого поведения были по ограничительному варианту, где большее внимание уделялось

внешним факторам, своему телу, питанию, трое из них были вегетарианками. Высокая степень ограничительного пищевого поведения у женщин ($1,8 \pm 0,2$ балла) по сравнению с мужчинами проявляется в виде жестких пищевых самоограничений и бессистемных «модных» диет, частой хаотичной сменой периодов ограничений периодами переедания, что приводит к эмоциональной лабильности («диетической» депрессии), при этом необходимо диетологическое вмешательство.

У мужчин ограничений в питании практически не отмечено ($3,2 \pm 0,3$ балла), что свидетельствует о «пищевой распушенности».

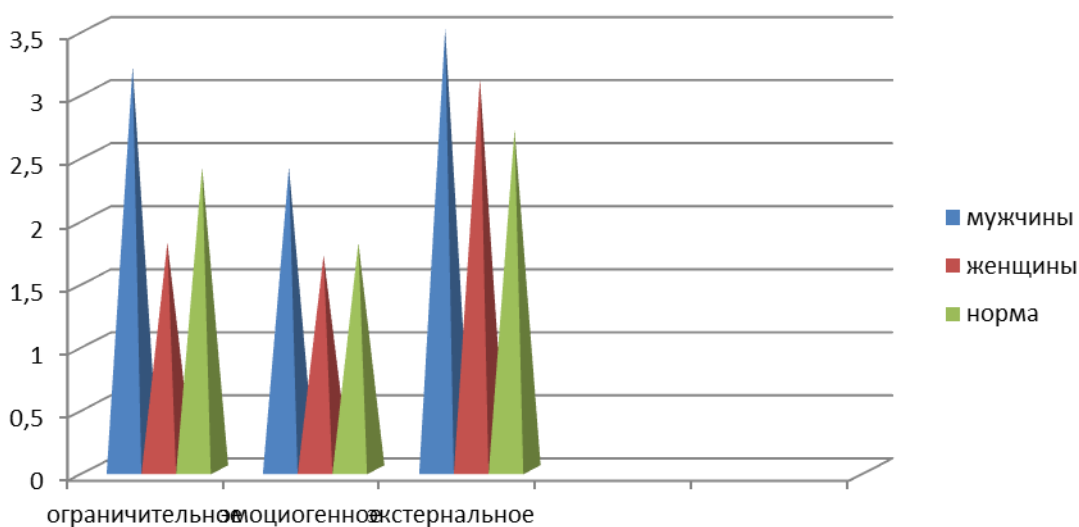


Рис. 4. Пищевое поведение мужчин и женщин с невротическими расстройствами

У мужчин более выражено нарушение экстернального пищевого поведения ($3,5 \pm 0,3$) по сравнению с женщинами ($3,1 \pm 0,1$), что выражается реакцией не на естественные (внутренние) стимулы к приему пищи, а на внешние, что проявляется избыточной реакцией на запах, внешний вид пищи и ее вкус, часто «едой за компанию» и «по случаю». Рекомендацией в случае этого варианта пищевого поведения будет когнитивно-бихевиоральная терапия неверной привычки, поскольку избыточная реакция на пищевые сигналы связана с дефицитом самоконтроля и саморегуляции и ведет к перееданию в отсутствие голода.

Наиболее выраженные изменения отмечены в эмоциогенном поведении у мужчин: при норме 1,8 бала у них этот показатель равен $2,4 \pm 0,4$, что проявляется гиперфагической реакцией на стресс, когда стимулом приема пищи является эмоциональный дискомфорт, а не естественный фактор голод. Особенно высокими показатели были у больных с расстройством адаптации в эмоциональной линии

поведения, что соответствовало их диагнозу, т.к. у них преобладали внутри- и межличностные конфликты, в связи со стрессовыми ситуациями у них нарушались пищевые сигналы и отсутствовало чувство голода, за счет чего в 6 случаях отмечалось переедание, а в 5 случаях – полное отсутствие аппетита. У женщин этот показатель ниже нормы ($1,7 \pm 0,3$), что свидетельствует о снижении аппетита в стрессовых ситуациях. Для больных при эмоциогенном переедании с целью разрешения внутреннего конфликта требуется сконцентрироваться на чувственной сфере.

Выводы:

1. Применение Голландского опросника пищевого поведения DEBQ информативно у больных с любыми видами невротических расстройств.
2. Существуют взаимосвязи между стилями питания и когнитивно-эмоциональными и личностными характеристиками пациентов с невротическими расстройствами.
3. У мужчин по сравнению с женщинами более выражен эмоциогенный с повышением аппетита и экстернальный стиль пищевого поведения при отсутствии ограничений в питании. У женщин преобладает ограничительный стиль пищевого поведения и эмоциогенный со снижением аппетита.
4. Различия в психологических характеристиках между мужчинами и женщинами имеют значение для повышения эффективности программ профилактики избыточного веса и ожирения.

Литература:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: учеб. пособие / Ю.А. Александровский. М.: Медицина, 2000. - 496 с.
2. Приленская А.В. Пограничные нервно-психические нарушения у пациентов с зависимым поведением (клинико-реабилитационный аспект): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2009. – 23 с.
3. Striegel-Moore R. H. Risk factors for binge-eating disorders: an exploratory study / R. H. Striegel-Moore, F. A. Dohm, H. C. Kraemer, G. B. Schreiber, C. B. Taylor, S. R. Daniels // Int. J. Eat. Disord. 2007. - Sep. - Vol. 40, № 6. - P. 481—487.

СТЕРИЛИЗАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ КАК ПЛОЩАДКА ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ОСНОВАМ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Назарова Ж.В.¹, Павлов Ю.И.², Светлакова И.А.²

МАУЗ ОТКЗ Городская клиническая больница № 1, Челябинск¹

**ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Челябинск²**

Федеральный государственный образовательный стандарт (ФГОС) как совокупность требований, обязательных при реализации основных образовательных программ высшего профессионального образования учреждениями, имеющими государственную аккредитацию, в настоящее время реализуется как ФГОС ВО 3+ (бакалавриат и магистратура). В планах Минобрнауки и Правительства РФ (Закон 122-ФЗ, постановление 661), после регистрации Минюстом РФ, переход на ФГОС ВО 3++, что связано с необходимостью актуализации государственного образовательного стандарта.

В медицинском ВУЗе освоение студентами 1 курса предмета «Уход за больными» в соответствии с программой ФГОС 3+ в течение первого года обучения включает основы сестринского дела: разделы ухода за больными с различной патологией, основы диететики, профилактики внутрибольничной инфекции, в т.ч. инфекционной безопасности и т.д.

Российская концепция профилактики инфекций, утвержденная Главным санитарным врачом (2011), вместо термина «внутрибольничная инфекция» (ВБИ) дает более широкое понятие «инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи» (ИСМП). В основе профилактики ИСМП лежат мероприятия по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации [1]. Для более качественного закрепления полученных знаний при изучении основных мероприятий по инфекционной безопасности, методов и способов стерилизации студент должен получить наглядную информацию о работе централизованного стерилизационного отделения (ЦСО), демонстрация работы и оснащения которого позволят закрепить и повысить качество знаний.

Цель исследования - продемонстрировать возможность использования оснащения, технологий и организации работы ЦСО в процессе обучения студентов медицинских вузов.

Материалы и методы исследования. В качестве площадки для обучения основам инфекционной безопасности послужило ЦСО многопрофильной Ордена Трудового

Красного Знамени городской клинической больницы №1 г.Челябинска, в состав которой входят поликлиника (1500 посещений в смену), травмпункт, женская консультация (150 посещений), терапевтическая, хирургическая и педиатрическая службы (965 коек стационарных и 40 коек реанимационных отделений), патологоанатомическая служба, отделения эндоскопии и ультразвуковой диагностики, функциональной диагностики, рентгеновская служба, радиоизотопная лаборатория, вспомогательные лечебные отделения физиотерапии, баротерапии, реабилитации, многочисленные лаборатории, в штате состоит 1700 сотрудников. На базе больницы работают кафедры сестринского дела и ухода за больными, общей хирургии, детских болезней, пропедевтики внутренних болезней (ФГБОУ ВО ЮУГМУ), нервных болезней (институт дополнительного профессионального образования). Практически во всех подразделениях больницы требуется стерильный медицинский инструментарий и материал.

Состав помещений ЦСО соответствует СанПин 2.1.3.2630-10 и делится на 2 условные зоны. «Грязная зона» включает приёмную (прием и предстерилизационная обработка многоразового медицинского инструментария ручным способом) и монтажную, где происходит упаковка многоразового медицинского инструментария (рис. 1). В «Чистую зону» входит стерилизационная (стерилизация многоразового инструментария воздушным методом при $t\ 180^{\circ}/60$ мин), автоклавные (стерилизация перевязочного материала и ватных шариков паровым методом при $t\ 132^{\circ}/20$ мин), комнаты выдачи стерильного медицинского инструментария и материала.

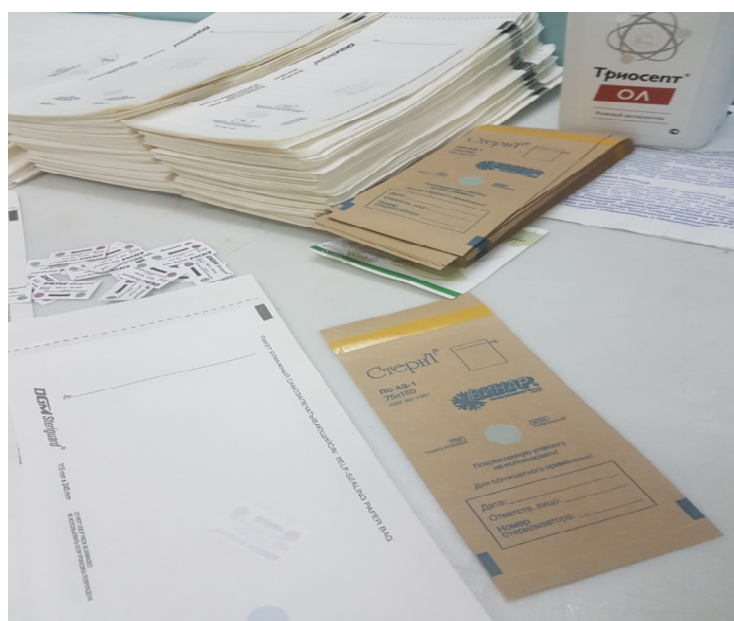


Рис. 1. Пакеты для воздушного стерилизатора ГП-160

Предстерилизационная обработка изделий медицинского назначения (дезинфекция, предстерилизационная очистка) проводится с применением современных дезсредств (жавель абсолют, жавилар, петролайт, аминаз плюс, телесфор, триосепт окси), жидкого мыла (манусепт Проф, МДГР, Скиния), кожного антисептика (Абсолюсепт Элит, Скиния). Для контроля качества предстерилизационной очистки ежедневно проводится азопирамовая проба

После предстерилизационной обработки многоразовый медицинский инструментарий подсушивается и упаковывается каждый отдельно вручную в двухслойную крепированную бумагу (срок хранения стерильного материала 30 суток), в крафт-пакет (50 суток), в пакеты для стерилизации DGM (1 год). В каждую упаковку вкладывается химический индикатор 4 класса (их количество зависит от объема воздушного стерилизатора), на упаковке ставится время, дата стерилизации и срок хранения в данной упаковке (до какого числа).

Согласно ОСТ 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция предметов медицинского назначения. Методы, средства, режимы» и СанПин 2.1.3.2630-10 «Санитарно эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», в ЦСО существует два метода стерилизации: воздушный - 180°/60мин и паровой - 132°/20мин (рис. 2). Этапы процесса стерилизации фиксируются в журнале формы № 257/у. Журналы прошнурованы, пронумерованы и скреплены печатью ЛПУ. Демонстрация работы паровых и воздушных стерилизаторов с регистрацией данных в прошитых журналах вызывает интерес у студентов, идет активное обсуждение увиденного, что способствует закреплению полученной информации. Паровой и воздушный методы стерилизации обеспечивают гибель в стерилизуемых изделиях вегетативных и споровых форм патогенных и непатогенных микроорганизмов, что снижает риск развития внутрибольничной инфекции.

Учетная документация ЦСО включает форму 366/у (журнал учёта качества предстерилизационной обработки), 257/у (журнал работы воздушного и парового стерилизаторов), журналы регистрации и контроля бактерицидных облучателей, аварийных ситуаций, учёта проведения генеральных уборок, разведения дезсредств, проведения профилактических прививок, протоколы лабораторного контроля с заключением, журнал здоровья, журнал заявок на перевязочный материал и изделия медицинского назначения. Все сотрудники имеют личные медицинские книжки с результатами медосмотра.



Рис. 2. Паровой стерилизатор ГП-400

Со всей медицинской документацией и регламентирующими документами студентов знакомят в отделении, основными являются ОСТ 42–21–2–85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства, режимы», «методические указания по эпидемиологическому надзору за внутрибольничным инфекциям Минздрава СССР от 02.09.1987г. № 28–6/34», «Об улучшении медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией» Приказ Минздрава СССР от 31.07.1978г. № 720. Помимо основных нормативных документов, регламентирующих санитарно – эпидемиологический режим в ЛПУ, основными для ЦСО являются ОСТ 42-21-2-85 (Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы), методические указания «Контроль качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения с помощью реактива «Азопирам», утверждённые Минздравом СССР от 26.05.1988г № 28-6/13, приказ от 10.06.1985г № 770 «О введении в действие отраслевого стандарта ОСТ 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения, методы, средства и режимы», приказ МЗ Челябинской области от 28.11.2006 г. №450 «Об утверждении клинико-

организационного руководства по обеспечению биологической безопасности в лечебно-профилактических учреждениях».

При посещении отделения внешний вид студентов должен соответствовать требованиям санитарно –эпидемиологического режима: белый халат, шапочка, вторая обувь. Преподаватель и старшая сестра отделения информируют студентов о необходимости соблюдать санитарно –эпидемиологический режим с целью профилактики ИСМП.

Результаты исследования и их обсуждение. Современные стандарты обучения предполагают широкое использование в учебном процессе мультимедийных технологий, компьютерных симуляторов, деловых и ролевых игр, тренинги [2]. Компетентностный подход, как основная методологическая компонента ФГОС третьего поколения, повышает мотивацию обучающихся. Подготовка специалистов-медиков является совместной задачей медицинского вуза и клинических баз ЛПУ, что регламентируется рядом статей ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в России» № 323 от 21.11.2011.

Посещение ЦСО, демонстрация работы паровых и сухожаровых стерилизаторов с регистрацией данных в прошитых журналах вызывает очевидный интерес у студентов, активное обсуждение как в группе, так и с сотрудниками отделения и с преподавателем, что способствует закреплению полученных знаний. Возможность присутствовать при процессе закладки и выгрузки стерилизаторов, заполнении документации дает наглядную иллюстрацию к теоретическим знаниям.

Основным направлением инноваций должна быть активизация работы студентов, повышение уровня мотивации и ответственности за качество освоения образовательных программ. Основные инновации в обучении студентов связаны с применением интерактивных методов обучения, наиболее популярными информационными технологиями являются мультимедийные, электронные учебно-методические комплексы, электронное портфолио преподавателя (программа Power Point, Word, Excel, FrontPage, Dreamweaver, графические пакеты Photoshop, Corel Draw и др.).

С нашей позиции нельзя ограничивать понимание интерактивных методов обучения применением информационно-компьютерных технологий, необходимо более широкое понимание интерактивного обучения как способности взаимодействовать не только с компьютером, но и с человеком. Совместная деятельность означает, что каждый вносит индивидуальный вклад, идет активный обмен знаниями, идеями и способами деятельности.

Выводы:

1. При проведении практических занятий по уходу за больными у студентов медицинских ВУЗов (обучение основам инфекционной безопасности) целесообразно наглядно демонстрировать работу ЦСО больницы.
2. Включение медицинского персонала стерилизационного отделения в процесс обучения студентов по эффективности не уступает применению мультимедийных технологий за счет интерактивного обсуждения методов проведения стерилизации и предстерилизационной обработки, заполнения медицинской документации.

Литература:

1. Агкацева С.А. Инфекционный контроль и инфекционная безопасность в ЛПУ: Учеб. пособие для студентов мед. колледжей и училищ: [В 2 ч.]/С.А. Агкацева. - М.: АНМИ, 2001. – 533 с.
2. Субочева А.Д., Субочева О.Н. Инновационные методы обучения студентов.– Научные труды (Вестник МАТИ). Вып.21 (93) – М.: МАТИ, 2013, С. 388-393.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Николаенко А.А., Шейнмаер В.В., Титов П.В., Холопов А. А.

**ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Челябинск**

Сахарный диабет, по мнению ведущих мировых организаций, изучающих вопросы общественного здоровья [1], представляет собой серьезную медико-социальную проблему, поскольку по оценкам эпидемиологов в мире им страдают более 415 миллионов человек, а в России число заболевших превышает 4 миллиона, при этом считается, что реальная заболеваемость гораздо выше [2]. Многочисленные исследования показывают, что диабет серьезно влияет не только на продолжительность, но и на качество жизни пациентов [3,4].

Цель исследования – изучить медико-социальную характеристику группы больных сахарным диабетом в крупном городе для определения факторов воздействия и оптимизации жизнедеятельности.

Материалы и методы исследования: Согласно намеченной программе были применены следующие методы исследования:

1. Метод изучения научной литературы, нормативной и клинической документации.
2. Социологический метод.
3. Математико-статистический метод.

Социологические исследования проводились на базе крупной многопрофильной больницы МАУЗ ОТКЗ ГKB №1 г. Челябинска в эндокринологическом отделении и отделении гнойной хирургии. По согласованию с руководством клиники изучалась медицинская документация для сбора информации и адекватного формирования выборочной совокупности. К исследованию привлекались пациенты стационара с диагностированным сахарным диабетом типа 2 в возрасте от 19 лет, находящиеся на момент опроса в удовлетворительном состоянии или состоянии средней тяжести, давшие согласие на участие. Анкетирование проводилось анонимно при личном посещении отделений.

Составленная анкета включала 29 вопросов полуоткрытого и закрытого типа и была адаптирована из материалов научных работ сотрудников кафедры сестринского дела ЮУГМУ (Павлов Ю. И., 2005; Холопов А. А., 2007). Анкета включала два блока вопросов: паспортный для формирования медико-социальной характеристики и проверочный для изучения качества жизни и осведомленности о правилах жизни с сахарным диабетом. Обработка данных проводилась с использованием прикладного пакета программ Microsoft Excel 2007.

Результаты и их обсуждение: анкетирование прошли 112 респондентов, все анкеты были заполнены правильно и были приняты в обработку. 75,0% больных, принявших участие в исследовании, составили женщины, 25,0% – мужчины; средний возраст группы респондентов составил 63,3 года, при этом средний возраст группы женщин оказался достоверно выше на 7,7 лет. Все опрошенные проживали в городской местности. 56% респондентов оказались пенсионерами, 18% - служащими и работниками бюджетной сферы, 11% - рабочими, 4% - безработными, по 3% - руководителями, частными предпринимателями и творческими работниками, по 1% - военнослужащими и домохозяйками.

Большинство опрошенных (44,2%) получили высшее образование, почти столько же (42,7%) имели среднее специальное образование, 8,1% - неполное среднее и 5,0% - полное среднее образование.

73,2% респондентов получили 1 группу инвалидности, 53,6% проживали с кем-то из членов семьи, а 46,4% были одиноки. Среднемесячный семейный доход респондентов составил 45 тысяч рублей и варьировал от 12 до 300 тысяч. В среднем

семья респондента тратила на лечение 16,9% месячного дохода. 97% опрошенных проживали в собственной квартире, 3% - в загородном доме. При анализе образа жизни выяснили, что все опрошенные отрицали курение и отмечали, что выполняют медицинские рекомендации и ведут дневник самоконтроля.

В настоящее время этические вопросы в медицине весьма актуальны, потому было изучено отношение исследуемой группы к практике материальной благодарности медикам. 100% опрошенных отнеслись к «благодарности» положительно и отметили, что делали это лично, при этом инициаторами благодарности выступали сами. 68,8% высказали мнение, что это надежная «инвестиция в будущее», 12,5% благодарили после качественно оказанной помощи, 10,7% желали, чтобы к ним применялся «индивидуальный подход» и 8% утверждали, что благодарили, ибо медики не имеют достойного вознаграждения за свой труд,

Далее был проанализирован проверочный блок анкеты. Все респонденты были осведомлены о нормах глюкозы крови, Также все опрошенные стараются соблюдать диетические рекомендации, включая в питание свежие фрукты и овощи. 100% опрошенных отмечают приступы артериальной гипертензии, 93% имеют наследственную предрасположенность к болезни. В итоге на 87% респондентов сахарный диабет оказывает кардинальное влияние в плане снижения качества жизни.

Приверженность респондентов к лечению и правильному образу жизни показывают ответы о регулярном ежемесячном посещении эндокринолога, 88,4% ответивших регулярно занимаются физической культурой и спортом.

Выводы

Таким образом, сахарный диабет значительно влияет на качество жизни, ухудшая его у 87% исследуемой группы. Основными параметрами, влияющими на снижение качества жизни, согласно нашему исследованию, являются нарушение физического функционирования и материальные траты на лечение болезни и профилактику осложнений. Также на качество жизни диабетиков влияет состав семьи – почти половина респондентов (46,4%) проживали одиноко, что нарушает мобильность, коммуникации, затрудняет соблюдение рекомендаций врача.

При этом абсолютное большинство пациентов живет в благополучных социально-бытовых условиях, имеет достаточный доход и уровень образования для понимания и выполнения предписаний медиков, а также достаточную мотивацию для ведения активной и полноценной жизни.

Литература:

1. Глобальный доклад ВОЗ по диабету. 2016. 88 с.

2. Аметов А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения: Т. 1 / А. С. Аметов . – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 350 с.
3. Шишкова Ю.А. Качество жизни при сахарном диабете: определение понятия, современные подходы к оценке, инструменты для исследования/Ю.А.Шишкова, О.Г.Мотовилин, Е.В. Суркова и др. // Сахарный диабет. - 2011. - №3. – С. 20-25.
4. Ковязина О. В. Оценка качества жизни пациентов с сахарным диабетом 2 типа/О.В.Ковязина // Вятский медицинский вестник. - 2009. - №1.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Павленко Т.Н.

**ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Оренбург**

Организация рационального вскармливания, начиная с первых дней жизни ребенка, является необходимым звеном в общем комплексе профилактических мероприятий, направленных на поддержание здоровья и снижение заболеваемости и смертности детей раннего возраста.

Задачи исследования:

1. Определить количество детей первого года жизни, находящихся на различных видах вскармливания в зависимости от возраста.
2. Изучить состояние здоровья детей первого года жизни, находящихся на различных видах вскармливания.
3. Изучить социально - экономические аспекты организации рационального питания детей первого года жизни в семье.
4. Разработать рекомендации по оптимизации рационального вскармливания детей первого года жизни.

Исследование проводилось в три этапа:

– I этап включал в себя изучение медико-биологической характеристики детей первого года жизни. На этом этапе были получены данные о возрастном-половом составе детей и матерей; о физическом развитии детей и их состоянии здоровья.

– На II этапе осуществлялся сбор сведений о питании детей первого года жизни методом анкетирования матерей. Изучался рацион питания женщин в период беременности и кормления грудью, а также общесемейный рацион питания. Выявлены основные причины перевода детей на искусственное вскармливание. Был

определен характер вскармливания на 1 году жизни детей и зависимость физического развития и состояния здоровья ребенка от типа вскармливания. Определена своевременность введения прикормов и предпочтения продуктов питания.

– На III этапе были проанализированы социально-экономические аспекты рационального вскармливания детей грудного возраста. Получены данные о социальном положении, образовании матерей и отцов, о жилищных условиях, о доходе семьи, материальном статусе, финансовых затратах на питание ребенка в семье.

Не вызывает сомнений, что оптимальным видом питания для естественного вскармливания ребенка первого года жизни является материнское молоко. Его состав адекватен особенностям метаболизма малыша на ранних этапах онтогенеза. Грудное молоко является не только источником всех необходимых ребенку пищевых веществ, но содержит также большое количество биологически активных соединений и защитных факторов (ферменты, гормоны, иммуноглобулины, лактоферрин и др.), оказывающих влияние на рост и формирование иммунного статуса детей. .

Были проанализированы и причины перевода ребенка на смешанный или искусственный тип вскармливания. Так, 43,5% матерей причиной докорма или перевода ребенка на искусственное вскармливание назвали недостаток грудного молока, 18,8% — выход на работу, 17,9% — отказ ребенка от груди, 16,1% — плохую ежемесячную прибавку массы тела, 6,3% — болезни матери, 9,9% — другие факторы

На втором месте по причинам перевода ребенка на смешанный или искусственный тип вскармливания стоит такая социальная проблема, как выход кормящей матери на работу. И здесь можно отметить недостаточную информативность женщин по вопросу «Грудное вскармливание и работающая мама». Болезнь матери также не должна быть абсолютным противопоказанием для кормления грудью.

Несмотря на активно проводимые в последние годы в России мероприятия по поощрению, охране и поддержке практики грудного вскармливания, процент детей, находящихся на естественном вскармливании до 3-месячного возраста, остается низким и составляет всего 42%.

Основная причина недостаточной организации искусственного вскармливания – неудовлетворительное обеспечение на местах грудных детей, лишенных материнского молока, адаптированными молочными смесями, что нередко связано с отсутствием их на раздаточных пунктах в связи с непроводимыми местными органами власти соответствующими закупками. С другой стороны, это невозможностью многих матерей

купить для вскармливания ребенка адаптированную молочную смесь из-за ее дороговизны.

Очень важный вопрос, касающийся искусственного вскармливания – это Закон о маркетинге «заменителей» грудного молока. Этот закон важен, так как регламентирует деятельность некоторых компаний, направленную на не законную рекламу и сбыт «заменителей» грудного молока непосредственно в родильных домах и поликлиниках.

Комитетом здравоохранения г. Москвы и НИИ питания РАМН с 1995 г. организована преемственность в работе трех звеньев — женских консультаций, родильного дома и детских поликлиник, которая удостоверяется специальной печатью «поддержка грудного вскармливания» на обменных картах беременной, родильницы и новорожденного.

Очень большое значение имеет организация соответствующей санитарно-просветительной работы с населением, в первую очередь вскармливание ребенка грудью. Успех этой работы может быть обеспечен при том условии, что все работники женских консультаций, родильных домов, детских поликлиник будут придерживаться единых взглядов на вопросы практики грудного вскармливания младенцев и систематически, а не от случая к случаю проводить работу в этом направлении. Работая в данном направлении, необходимо делать акцент на индивидуальном просвещении, так как вся информация, которая дается будущей матери или ее близким, должна учитывать ее особенности, состояние здоровья, национальные и семейные традиции, обычаи, быть приспособленной к конкретным социально-экономическим и бытовым условиям.

В деле охраны, поощрения и поддержки практики грудного вскармливания младенцев большая роль принадлежит как государственным, так и общественным организациям, которые могут оказывать матерям необходимую материальную помощь в виде специальных пособий на улучшение питания, создания соответствующих бытовых условий, организации оздоровительных и лечебных мероприятий. Хорошо, если к оказанию помощи матерям могут привлекаться благотворительные организации, коммерческие структуры, религиозные общины, отдельные частные лица. Как показывает опыт, определенные усилия в этом направлении позволяют добиться значительных успехов (И. Я. Конь, 2004).

В последние годы в городах все реже кормят ребенка грудью, главным образом потому, что искусственное вскармливание стало безопасным и легким.

Ведущей причиной, приводящей к отказу от грудного вскармливания, является дефицит молока у кормящих матерей (67%). Но наиболее значимой причиной отказа от

грудного вскармливания, является неготовность к аффективному материнству, отсутствие научных знаний у женщин о преимуществах грудного молока.

Как показали результаты анкетирования (630 человек), лишь 67% женщин во время беременности задумывались о предстоящей лактации и хотели бы кормить своих детей грудью; 29% будущих матерей относились к этой проблеме равнодушно и не имели четких позиций: «буду кормить ребенка, как получится»; 4% женщин уже во время беременности отдавали предпочтение искусственному вскармливанию, считая его менее обременительным и "более современным". При первых неудачах последние 2 группы женщин легко переводили детей на искусственное вскармливание, ставя врача в известность уже перед случившимся фактом.

Исходя из причин, приводящих к отказу от грудного вскармливания, обычно женщин волнуют следующие вопросы:

Часто женщины с маленькой молочной железой думают, что у них может оказаться недостаточно молока. Часто женщины говорят, что кормление грудью утомляет. Многие женщины говорят, что чувствуют усталость в первые недели после родов. Когда мать выходит на работу она может отсутствовать длительное время, это нарушает весь режим кормления. Поэтому многие женщины переводят детей на искусственное вскармливание. Некоторые матери не хотят кормить ребенка грудью, боясь, что им придется во многом себе отказывать.

В результате социологического опроса выявлена причина – недостаточная информированность матерей об оптимальном вскармливании их детей. Более половины (56,1%) матерей отметили недостаточные знания по вопросам организации рационального питания. О недостаточном внимании, уделяемом участковыми педиатрами и медицинскими сестрами вопросам оптимального вскармливания детей 1-го года жизни, свидетельствует тот факт, что 7,2% детей с рождения находились на искусственном вскармливании, 7,5% находились на естественном вскармливании лишь до 1 мес., 21,3% — до 3 мес., 23,1% — до 6 мес. и лишь 42,8% детей — до 1 года и более. Характер вскармливания и качество питания во многом зависят от возраста, уровня, благосостояния семьи и играют немаловажную роль в развитии и укреплении здоровья детей 1-го года жизни.

Вопросы об экономической стороне рационального вскармливания детей первого года жизни поднимаются в литературе крайне редко. Хотя это очень важный аспект в нашей современной жизни. Связь социальных и экономических факторов особенно хорошо просматривается на примере вскармливания детей раннего возраста.

- Основная часть семей (68 %) имеет доход от 1600-5000 руб. на человека и только одна семья – свыше 10000 тыс. руб. 52 % семей денег хватает на нормальную жизнь.
- У матерей в возрасте до 20 лет 80 % детей находилось на искусственном вскармливании, возможно это связано с тем, что они почти все студенты и не имеют возможности находиться большую часть времени дома, кроме того, психические нагрузки при обучении имеют значение. Не исключается факт социальной незрелости матери и её готовности к материнству и пониманию необходимости грудного вскармливания
- При анализе финансово-экономических аспектов обеспечения рационального вскармливания детей грудного возраста установлено, из 100 опрошенных матерей 68 указали на то, что в их семьях доход на 1 человека составляет от 1600-5000 рублей в мес., у 24% от 5100 до 10000 рублей, у 7 % -семей –самый низкий доход (1500 рублей на одного члена семьи в мес.), 1 % - свыше 10000 рублей.
- Материальное положение семьи оценивалось не только по величине дохода на одного члена семьи в месяц, но и по тому, как этот доход оценивается по отношению к затратам на питание, предметам первой необходимости, а также на остальные нужды.
- 15%– денег хватает только на питание, в 25% – денег хватает на питание и товары первой необходимости, 52% – денег хватает на нормальную жизнь, 4% – проблем с деньгами нет, полный достаток
- А семья со средним достатком может позволить себе и дешевые и дорогие продукты питания, здесь все зависит от социальной стороны рационального вскармливания: образования, предпочтения, социального статуса родителей.

Отмечено, что в группе семей, где материальный уровень самый низкий, когда денег не хватает даже на питание, покупается смесь «Малютка», как самая дешевая. Почти такое количество семей, с материальным статусом, где денег хватает на питание и товары первой необходимости покупают смесь «Нестожен». Семьи с более высоким материальным уровнем, когда денег хватает на нормальную жизнь также предпочитают «Нестожен» В семьях, где проблем с деньгами нет покупают только «Нан». В двух семьях с нормальным достатком (18 %) покупают «Нутрилон», две семьи (18 %) – «Нан».

А семья со средним достатком может позволить себе и дешевые и дорогие продукты питания, здесь все зависит от социальной стороны рационального вскармливания: образования, предпочтения, социального статуса родителей.

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Активизировать работу кабинета здорового ребенка по пропаганде грудного вскармливания. Внести в тематику бесед с матерями тему: «Грудное вскармливание и работающая мама».

2. Участковым медицинским сестрам индивидуализировать работу с беременными и кормящими матерями по поддержке грудного вскармливания, уделяя большее внимание молодым и юным матерям.

3. Участковым медицинским сестрам своевременно выявлять категорию малообеспеченных семей, определять проблемы, связанные с обеспечением рационального вскармливания детей и содействовать их решению, направляя матерей в кабинеты и учреждения социальной защиты.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Павленко Т.Н., Кацова Г.Б., Сергеев И.Н., Малеева Н.П., Демина О.И., Заришняк Н.В.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург

Дошкольный период детства характеризуется бурным ростом, развитием и совершенствованием всех систем организма, существенным изменением социального окружения, повышением умственных и статических нагрузок.

В обществе укоренилось: раз ребенку исполнилось полтора-три года, -значит ему надо идти в ясли или детский сад. Там он лучше будет развиваться, начнет общаться со сверстниками, разовьет навыки «недоработанные» в домашних условиях, у него появятся друзья... Да и мама должна выйти на работу. Словом, детский сад - необходимость, он - одна из всех ступенек детства, по которым надо подниматься в срок. В срок так в срок. И мы, как все, отвели ребенка в ясли или детский сад. Вот он ходит день, второй, неделю, третью... Только почему-то мы не рады, а скорее озабочены этим. Наш малыш почти неузнаваем, с ним что-то происходит, словно он вдруг "развивается назад". У него регресс во всем достигнутом: в речи, навыках, умениях, игре. По любому поводу истерики, слезы, крик. Снова могут стать мокрыми штанишки. Ничего не ест и плохо спит. И... не хочет ходить в детский сад.

У него период адаптации. Адаптация - это приспособление или привыкание организма к новой обстановке. Для ребенка ясли или детский садик, несомненно, является новым, еще неизвестным пространством, с новым окружением и новыми отношениями.

Адаптация обычно протекает тяжело и сложно, с массой негативных сдвигов в детском организме. Эти сдвиги происходят на всех уровнях, во всех органах и системах. Обычно видна лишь надводная часть айсберга - поведение. А если бы, кто-нибудь знал, что творится в организме и душе ребенка, когда он впервые идет в ясли или детский сад, то вряд ли отдали бы его когда-нибудь в этот новый детский коллектив. В нем малыш постоянно находится в сильном нервно-психическом напряжении, не прекращающемся ни на минуту. Он на грани стресса или в полной мере ощущает стресс.

Укрепление здоровья подрастающего поколения, предупреждение неблагоприятных воздействий на детский организм, включая не только медико-биологические, но и социальные факторы определяет необходимость комплексных подходов в изучении здоровья детей. Р.В.Тонкова-Ямпольская (2002) считает, что формулировка «здоровый ребенок» применима в том случае, если физическое и психическое развитие соответствует возрастной норме, в соматическом состоянии нет каких-либо отклонений и ребенок социально адаптирован, то есть может посещать детское дошкольное учреждение, усваивая программу воспитания, а в 6 лет готов к поступлению в школу.

В настоящее время актуальна разработка интегральной оценки состояния ребенка за счет включения в перечень первичных диагностических данных показателей его физического, психологического, социального функционирования (игровая активность и общение с детьми в детском дошкольном учреждении), а также совокупности мнения детей и родителей о состоянии их ребенка, объединенных в комплексное понятие «качество жизни» (Новик А.А., Ионова Т.И., 2007).

Под качеством жизни понимают восприятие и оценку ребенком различных сфер жизни, имеющих для него значение, и те ощущения, которые связаны для него с проблемами в функционировании (Bruil J.,1997).

Работы отечественных авторов, посвященные изучению качества жизни детей, немногочисленны. Проведены исследования по изучению качества жизни у здоровых подростков в возрасте 13-18 лет, проживающих в разных регионах России (Баранов А.А. и соавт., 2005), у школьников г. Москвы (Валиуллина С.А., Винярская И.В., Митраков А.В. и др.,2005), у детей раннего возраста из семей мигрантов (Нечаева

Н.В.,2007),у подростков - инвалидов (Мочалова Е.К., 2007), при хронических заболеваниях (В.И.Гордеев,1996;Петрова Н.Н.,1999; Моисеенко Е.И.,1999; Желтухина Е.Л., 2000).

В настоящее время создана система наблюдения за детьми, поступающими в ясли или детский сад. Она включает в себя анкетирование при поступлении, наблюдение за поведением ребенка в первый месяц посещения яслей или детского сада, общение при необходимости с психологами детского дошкольного учреждения (следует отметить, что в настоящее время практически во всех ДООУ имеются свои психологи). Однако эти мероприятия еще не в полной мере эффективны.

Адаптация обычно протекает тяжело и сложно, с массой негативных сдвигов в детском организме. Эти сдвиги происходят на всех уровнях, во всех органах и системах. Обычно видна лишь надводная часть айсберга - поведение. В детском саду малыш постоянно находится в сильном нервно-психическом напряжении, не прекращающимся ни на минуту. Он на грани стресса или в полной мере ощущает стресс.

Цель исследования – на основании комплексного изучения состояния здоровья и качества жизни детей в периоде адаптации к условиям детского дошкольного образовательного учреждения разработать рекомендации по улучшению течения адаптационного процесса.

Задачи исследования:

1. Провести комплексное изучение состояние здоровья детей в периоде адаптации к условиям пребывания в детском дошкольном образовательном учреждении.
2. Изучить качество жизни детей в периоде адаптации к условиям пребывания в детском дошкольном образовательном учреждении.
3. На основании полученных данных разработать рекомендации по организации подготовки детей раннего возраста к пребыванию в детском дошкольном образовательном учреждении и оптимизации их адаптации к ДООУ.

Учитывая многообразие определений этого понятия, отсутствие универсальных характеристик, несмотря на десятилетия, посвященные изучению этой проблемы, становится очевидным, что показатели качества жизни не могут быть статичными.

В связи с этим, А.С.Тодоровым (1980) было дано определение, подчеркивающее «динамичность» качества жизни: «это определенная социальная реальность, существующая в точно выявленном конкретно-историческом времени, в рамках данной общественно-экономической формации и проявляющаяся в повседневной

жизнедеятельности социальных классов, слоев, групп, отдельных индивидов» (Тодоров А.С.,1980).

Shumaker и Naughton 1995 году определили качество жизни, связанное со здоровьем как «субъективную оценку индивидуумом влияния его состояния здоровья, медицинской помощи и действий, направленных на поддержание здоровья, на его способность поддерживать уровень функционирования, позволяющий ему достигать значимых жизненных целей».

Таким образом, можно сделать вывод, адаптация ребенка к новым для него условиям среды – тяжелый и болезненный процесс. Процесс, сопровождающийся рядом негативных сдвигов в детском организме, затрагивающий все уровни его. Стресс, возникающий в это время у ребенка, превращает на время малыша в другого человека, разрушает его защитные барьеры, изменяет ряд важных физиологических реакций, необходимых для поддержки состояния здоровья. Степень тяжести зависит от различных факторов (антенатальных, интранатальных, постнатальных). Поэтому необходимо, чтобы в процессе адаптации ребенка к дошкольному учреждению необходимы совместные усилия родителей, педагогов, врача-педиатра.

В нашей стране недостаточно уделялось внимания изучению качества жизни, связанного со здоровьем, особенно у детей и подростков. Результаты изучения качества жизни могут быть необходимым обоснованием для разработки и принятия долгосрочных государственных программ по улучшению и созданию новых условий формирования здоровья подрастающего поколения (Баранов А.А., 1996, 1998, 2000, 2005). При научном центре здоровья детей РАМН (Баранов А.А.). Под руководством Альбицкого В.Ю. создается отдел социальной педиатрии, который, по сути, становится центром социальной педиатрии в стране, а также открывается лаборатория проблем медицинского обеспечения и оценки качества жизни детского населения (Альбицкий В.Ю., Винярская И.В.)

Винярская И.В. одна из первых в стране и первая в отечественной педиатрии начала активную по изучению и внедрению показателя качества жизни детей в науку и практику. Проведенная под её руководством большая работа по анализу, методологии, инструментов оценки качества жизни детей разных возрастов, состояния здоровья, социального статуса.

ЛАЗЕРНАЯ ОСТЕОПЕРФОРАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Павлов Ю.И., Крочек И.В., Сергийко С.В.

**ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Челябинск**

Актуальность. Синдромом диабетической стопы (СДС) является одной из главных причин инвалидизации больных сахарным диабетом. Различные варианты этого синдрома встречаются у 10-25 % этой категории больных. Из них у 23-28 % на фоне трофических изменений стоп возникают контактные остеомиелиты плюсневых костей.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения у больных ишемической формой СДС, осложненного хроническим остеомиелитом, путем лазерной остеоперфорации.

Материалы и методы.

Анализируются результаты лечения у 102-х пациентов больных с ишемической формой СДС, осложненного остеомиелитом. Эти пациенты были разделены на 2 репрезентативные группы: основную (48 пациентов), в комплексе лечения которых применялось реваскуляризирующая лазерная остеоперфорация в проекции метаэпифизов большеберцовой кости, пяточной кости, метаэпифизов плюсневых костей и санационная лазерная остеоперфорация остеомиелитических очагов с использованием диодного лазера с длиной волны 0,97мкм, пиковой мощностью 30Вт. Доставка энергии лазерного излучения к кости производилась чрескожно контактным способом с помощью моноволоконного световода с диаметром кварцевого волокна 0,4 мм. Техника проведения лазерной остеоперфорации проста и не занимает более 10-12 минут. В основной группе больных операции некрэктомии, ампутации и различные виды пластик проводили через 4 недели после лазерных остеоперфораций поскольку реваскуляризирующий эффект отмечается через такой промежуток времени. В группу сравнения определены 54 человека, при лечении которых применялась традиционная активно-выжидательная тактика (вскрытие гнойных процессов, некрэктомии и пластические операции). Пациенты обеих групп получали одинаковую базисную терапию: противогипергликемическую, дезинтоксикационную, адресную антибактериальную, антиоксидантную, цитопротекторы, простогландины (вазапростан, алпростадил) стандартные перевязки с антисептиками и ферментами, ГБО, ультразвуковую кавитацию ран. С целью контроля за динамикой процесса кроме

клинических методов оценки состояния кровотока, использовали транскутанную оксигенометрию и лазерную флоуметрию, цитологические мазки-отпечатки с раневой поверхности.

Результаты.

У 5 из 48 пациентов основной группы лечение завершилось некрэктомиями или ампутациями дистальных отделов стоп на различных уровнях – от фаланг пальцев до костей предплюсны - 10,4%. В группе сравнения аналогичные операции произведены у 14 из 54 пациентов – 25,9 %. В основной группе пациентов снижение критической концентрации патологических микроорганизмов ниже 10^5 определялась через $2,3 \pm 0,5$ суток ($p \leq 0,05$), в то время как в группе сравнения - на $6,3 \pm 1,3$ сутки. При цитологических исследованиях мазков-отпечатков из ран в основной группе пациентов отмечено, что к 7-10 дню картина мазков соответствовала “регенераторному типу”, а в группе сравнения цитограмма расценивалась как “дегенеративно-воспалительная” и лишь к 14-15 суткам в них появлялись элементы “регенераторного типа”. Эффективность лечения пациентов основной группы, в комплексе лечения которых применялась лазерная остеоперфорация подтверждается достоверным снижением сроков госпитализации с $28,4 \pm 8,3$ до $16,0 \pm 3,6$ суток ($p \leq 0,05$). В группе сравнения длительность госпитализации снизилась $29,4 \pm 4,2$ до $23,7 \pm 4,1$ ($p \leq 0,5$). У 8 из 48 пациентов основной группы производились повторные операции – 16,6%. В группе сравнения повторные вмешательства производились у 21 из 54 больных – 38,8% . Нами отмечено, что над остеомиелитическим очагом скорость объемного кровотока существенно снижена и составила $0,77 \pm 0,4$ мл/мин/100мл. ткани. С 10-12 суток после лазерной остеоперфорации отмечался отчетливый прогрессивный рост показателей скорости объемного кровотока – $1,58 \pm 0,6$ ($p \leq 0,05$). В группе сравнения объемный кровоток усилился незначительно – $1,0 \pm 0,2$ ($p \leq 0,5$).

Выводы.

Таким образом, при использовании лазерной остеоперфорации в комплексе лечения пациентов с хроническим остеомиелитом на фоне СДС отмечено достоверное улучшение клинического состояния, микроциркуляции, быстрое снижение критической концентрации микроорганизмов, улучшение репаративных свойств, уменьшение сроков госпитализации и количество повторных операций,

СОТРУДНИЧЕСТВО С КЛИНИЧЕСКИМИ БАЗАМИ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ КОСТАНАЙСКОГО ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Романюк И.Е., Бозян Н.В.

**Костанайский высший медицинский колледж
г. Костанай, Республика Казахстан**

Современная тенденция развития сестринского дела отражает значительную роль медсестры в современной системе здравоохранения Республики Казахстан. Разнообразие функций, которые выполняет сестринский персонал, требует понимания факторов, влияющих на здоровье, причины болезней, способов их лечения и реабилитации, а также экологических, социальных и иных условий, в которых осуществляется медицинская помощь и функционирует система здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает сестринский персонал как реальный потенциал для удовлетворения растущих потребностей населения к доступной медицинской помощи. На долю среднего и младшего медицинского персонала в больницах и поликлиниках приходится 80% медицинских услуг. Медицинская сестра занимается выхаживанием и реабилитацией пациентов — от ее действий также зависит здоровье и выживаемость пациентов.

Поэтому важной составляющей в подготовке медицинских сестер, в том числе и по образовательной программе прикладного бакалавриата по специальности «Сестринское дело», является этап обучения медицинских сестер к работе в реальных условиях, т.е. клиническая практика (КП). На ее долю приходится почти половина (49%) от всего учебного времени.

Во время клинической практики студент, в составе команды, и с непосредственным доступом к пациенту, учится организовывать, выполнять и оценивать необходимый сестринский уход, опираясь на полученные в ходе обучения знания, навыки и компетенции.

С целью повышения качества клинической практики Костанайский высший медицинский колледж тесно сотрудничает с областными, городскими и районными медицинскими организациями (МО). Управлением здравоохранения Костанайской области определен перечень медицинских организаций, используемых в качестве клинических баз, с которыми заключено 48 договоров о сотрудничестве. Согласно указанным договорам МО обязуются:

- обеспечивать необходимые условия для успешного прохождения студентами производственного обучения и профессиональной практики;
- назначать своим приказом до начала практики общего и непосредственных руководителей из числа наиболее опытных и квалифицированных сотрудников;
- принимать участие в аттестации практических умений и навыков студентов.

Для организации КП разработаны и утверждены рабочие программы с учетом специализации, которые отражают цели, задачи и содержание всех видов клинической практики, а также контрольные задания, виды инструктажей по охране труда и техники безопасности и критерии оценки. Рабочие программы КП рассматриваются экспертной группой, состоящей из практикующих врачей и медицинских сестер, и утверждаются руководителем организации образования на основании решения педагогического совета.

При распределении студентов на практику учитывается профильность специальности. Руководителями практики назначаются высококвалифицированные работники медицинских организаций, обеспечивающие практическую подготовку с учетом современных требований.

Формами отчетности по КП являются: дневник практики, манипуляционный лист, отчет по практике, характеристика, которые подписываются руководителями практик от медицинских организаций и от колледжа. Контроль за ходом прохождения профессиональной практики осуществляется регулярно методическими руководителями, заведующими отделениями, заведующей практическим обучением. Контроль осуществляется наблюдением за работой студентов, изучением учетно-отчетной документации, проведением бесед со студентами и руководителями практик, анкетированием.

Анализ анкетирования студентов по завершению КП позволяет сделать вывод о качестве и эффективности прохождения практики, выявить недостатки в работе и степень удовлетворенности обучающихся и провести корректирующие мероприятия.

Однако сотрудничество с клиническими базами нашим колледжем реализуется в более широком спектре. Это проведение практических занятий (в том числе открытых), экскурсий, конкурсов, конференций, «круглых столов», форумов, организация «Ярмарки вакансий», повышение квалификации преподавателей специальных дисциплин в форме стажировки (Рис.1). Взаимодействие колледжа с практическим здравоохранением направлено на совершенствование информационно-методического обеспечения учебного процесса и профессиональной подготовки студентов. Ведущие специалисты МО участвуют в экспертировании рабочих программ практик и

материалов на итоговую государственную аттестацию, рецензировании сборников тестов, задач, стандартов.



Рис.1. Сотрудничество с клиническими базами

Традицией стало проведение совместных мероприятий:

- рабочее совещание на базе КГП «Костанайская областная больница» с участием главных и старших медицинских сестер медицинских организаций г.Костанай и области, на тему: «Реализация образовательной программы «Прикладной бакалавр сестринского дела»;
- заседание клуба «Медицинская сестра–преподаватель» (обсуждение вопросов реализации образовательной программы прикладной бакалавриат специальности «Сестринское дело», организации клинической практики студентов в медицинских организациях, проблемы и пути решения при организации менторства и тьюторства в ходе клинической практики);
- круглый стол представителей ТОО «СТОФАРМ» и Костанайского высшего медицинского колледжа по теме: «Планирование совместной работы-Инструменты сотрудничества»;
- Форум для главных и старших медицинских сестер, посвященный 90-летию Костанайского высшего медицинского колледжа на тему: «Меры по улучшению доступности и качества первичной медико-санитарной помощи. Актуальные вопросы паллиативной помощи»;
- Международный конкурс «Лучший акушер-2019» среди студентов выпускных групп, в котором приняли участие 11 студентов из медицинских колледжей

Республики Казахстан и Российской Федерации (конкурсанты оценивались независимым жюри, в состав которого вошли представители практического здравоохранения Костанайской области);

- конкурс «На лучшую фельдшерскую бригаду» среди команд выпускников специальности «Лечебное дело», который был организован Костанайской областной станцией скорой неотложной помощи;
- Региональный чемпионат WorldSkills Kazakhstan – 2019 по компетенции «Медицинский и социальный уход» где приняли участие студенты медицинских колледжей гг.Костанай и Аркалык, а так же молодые специалисты Костанайской областной больницы.

С 2014 г. в Казахстане внедрена образовательная программа прикладного бакалавриата сестринского дела. В связи с этим новым и важным направлением в области реализации клинической практики студентов стало менторство (наставничество). Медицинская организация должна иметь подготовленных наставников/менторов, обеспечивающих процесс обучения и помощь в реализации практических навыков и умений студентов прикладного бакалавриата на базе клиники. Ментором должна быть квалифицированная медицинская сестра, которая способствует закреплению теории и практики в условиях клинической базы, несет ответственность за качество проведения практики и соответствует определенным требованиям. С целью информирования работающих медицинских сестер о реформировании сестринского дела, программе прикладного бакалавриата, значении менторства постоянно проводятся беседы в медицинских организациях г. Костаная.

На сегодняшний день обучено более 100 человек, в их числе главные, старшие, процедурные медицинские сестры, а также медсестры профильных отделений.

Важно отметить ежегодные стажировки преподавателей в МО, которые помогают постоянно быть в курсе современных требований к той или иной специальности. Повышение квалификации преподавателей специальных дисциплин через стажировки осуществляется в период зимних каникул обучающихся в ведущих учреждениях практического здравоохранения города и области, является самостоятельным видом дополнительного профессионального образования.

Важной частью сотрудничества с клиническими базами является содействие трудоустройству выпускников. С первых недель обучения в колледже для первокурсников проводятся ознакомительные экскурсии с основными базами практик. Для студентов выпускных групп организуются встречи с работодателями в течение всего учебного года. Ежегодно проводится ярмарка вакансий, куда приглашаются

представители МО. В апреле 2019 года состоялась очередная ярмарка вакансий, в которой приняли участие работодатели 41-й медицинских и аптечных организаций городов области. Присутствующим было предложено заполнить анкету работодателя. Анализ анкет работодателя позволяет оценить потребность МО в кадрах и удовлетворенность уровнем подготовки молодых специалистов. Также работодатели имели возможность внести свои предложения.

Результатами сотрудничества с клиническими базами является высокие показатели успеваемости и качества знаний (успеваемость 100%, качество 100%). Выпускники КВМК трудоустройстваиваются чаще всего в тех МО, где проходили практику. Показатели трудоустройства в 2019 г. составили 79%, а по специальности «Сестринское дело» - 88%.

Тесное сотрудничество с базами продуктивно как для студентов, так и для преподавателей. Студенты имеют возможность не только закрепить ЗУН, полученные в колледже, но и выбрать место для дальнейшего трудоустройства. Стажировки преподавателей в МО помогают постоянно быть в курсе современных требований к той или иной специальности.

Медицинские организации, в свою очередь, получают возможность привлечь в свои ряды выпускников колледжа, ориентированных на работу в конкретных МО и отделениях.

Литература:

1. Приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 11 сентября 2012 года № 628 «Об утверждении Положения о клинических базах медицинских организаций образования».
2. Приказ Министра здравоохранения и социального развития РК от 30 января 2015 года № 51 «Об утверждении перечня клинических баз».
3. Приказ Министра образования и науки РК от 29 января 2016 года № 107. «Об утверждении Правил организации и проведения профессиональной практики и правил определения предприятий (организаций) в качестве баз практики для организаций технического и профессионального, послесреднего образования».
4. Руководство по клинической практике студентов прикладного и академического бакалавриата по специальности “Сестринское дело” в Казахстане. Нур-султан, 2019

ПЕРСПЕКТИВЫ ИНФОРМАТИЗАЦИИ В РАБОТЕ ГЛАВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Холопов А.А., Дорофеева Е. И.

**ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Челябинск**

XXI век – век постиндустриального, информационного общества. Решению актуальных задач, стоящих перед здравоохранением, способствует внедрение новых информационных технологий, применение автоматизированных систем, обеспечивающих специалисту и руководителю аналитическую поддержку. Компьютерные системы в медицине открывают принципиально новые возможности в совершенствовании управления медицинской организацией, при получении информации, анализе, оценке ситуаций и принятии решений как в управленческой, так и в клинической практике [1].

Медицинские информационные системы представляют интерес для руководителей медицинских организаций, заведующих отделениями, специалистов по организации здравоохранения. Все они постоянно нуждаются во всевозможных статистических данных, оперативной и достоверной информации о заболеваемости, результатах диагностики, лечения и многих других данных. Руководителю нужно владеть информацией о кадровом обеспечении, финансах, планировании. Главные медицинские сестры согласно существующим нормативам также отнесены к руководящим работникам и должны осваивать новые технологии управления.

Основными преимуществами внедрения информационных технологий (ИТ) в работу медиков являются:

- для работников медицинских организаций (создание автоматизированных рабочих мест (АРМ) среднего медицинского персонала; создание единой информационной сети, в которую включены АРМ приемного отделения, АРМ главной сестры, АРМ медсестер, АРМ врачей и научных сотрудников с подключением диагностического и другого медицинского оборудования; организация информационного взаимодействия внутри организации; оптимизация и контроль использования медикаментов и материалов; автоматизация учета лекарственных средств; исключение случаев утери медицинской информации; увеличение пропускной способности ЛПУ за счет управления потоками пациентов; уменьшения времени на заполнение различной документации);

- для посетителей и пациентов медицинских организаций (снижение количества очередей и посещений медицинских организаций; объективная и всегда доступная информация об истории болезни; возможность быстрого и легкого планирования взаимоотношений с медицинской организацией; быстрый доступ к справочной информации; современные методы диагностики и контроля состояния здоровья);

- для государства в целом (качественно новый уровень учёта оказанных медицинских услуг населению; снижение расходов на здравоохранение; автоматизация структур обязательного медицинского страхования; создание единой базы данных о здоровье населения).

Особенностью такой медицинской информационной системы является переход от локальной работы с медицинской информацией к интегрированной системе, где все данные, проходящие через организацию, доступны из единой информационной среды. При этом реализуется безбумажная технология, однако, сохраняется возможность получения "твёрдой копии" любого документа. Использование современных медицинских технологий позволяет старшей медицинской сестре оптимизировать управление своим структурным подразделением.

Целью внедрения ИТ является создание информационных систем (ИС) для анализа и принятия на их основе управленческих решений. ИТ включают два фактора — технический и человеческий. Оптимизацию работы главных медицинских сестер необходимо проводить за счет сокращения затрат времени на письменную работу путем внедрения различных готовых стандартных бланков, табелей, графиков, заявок на материалы, упрощенных систем учета, централизации получения и выдачи медикаментов, инвентаря и материалов.

Автоматизированное рабочее место (АРМ) главной медицинской сестры - индивидуальный комплекс технических и программных средств, предназначенный для оптимизации профессиональной деятельности специалиста в реальном времени, подразумевающий систему сбора, обработки, анализа, оценки и архивирования информации о мониторинге ресурсов медицинской организации.

Можно выделить несколько основных функций АРМ:

1. Ведение медицинской документации.
2. Планирование профилактических эпидемиологических мероприятий (вакцинации, иммунизации) и контроль их выполнения в установленные сроки.
3. Планирование медицинских осмотров.
4. Обработка данных и ведение электронного документооборота при проведении лабораторных и инструментальных исследований производственного контроля.

5. Медико-статистическая обработка данных.
6. Доступ к информационным ресурсам и дистанционный обмен данными.

К сожалению, динамика развития современных информационных технологий последнего десятилетия значительно опережает динамику их внедрения в практическое здравоохранение, что приводит к еще большему отставанию в разработке и применении методологической базы по применению новых технологий.

Выводы.

1. Работа в должности главной медицинской сестры требует от специалиста административно-управленческих знаний, практических навыков и умений в управлении ресурсами и персоналом, а также выполнения большого объема текущих и перспективных задач.

2. Документация, с которой имеют дело главные медицинские сестры, объемна и разнообразна, требует каждодневного внимания.

3. Освобождение специалистов от "ручного" сбора, формирования и оценки информации - важный аргумент в пользу перехода к АРМ.

4. Использование медицинских информационных систем позволит главной медицинской сестре более эффективно управлять своим временем; избегать ошибок и минимизировать влияние «человеческого фактора»; оптимизировать распределение и получение материальных ресурсов с учетом реально складывающихся потребностей, а также контролировать расходование бюджетных, страховых средств и средств от предпринимательской деятельности при формировании заявки на закупку лекарственных средств, расходного материала и изделий медицинского назначения и их выдачи.

5. Улучшение информационного обмена и взаимодействия между подразделениями медицинской организации, более рациональное распределение рабочего времени и нагрузок может быть достигнуто внедрением единой информационной системы и формированием информационного пространства, повысить производительность труда и уровень профессиональной квалификации главных медицинских сестер.

Литература:

1. Мартыненко В.Ф., Вялкова Г.М., Полесский В.А и др. Информационные технологии в управлении здравоохранением Российской Федерации. Учебное пособие. / Под. ред. академика РАМН Вялкова А.И. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 248 с.

РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Яценко А.С.

**ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Тюмень**

Актуальность. В настоящее время не вызывает сомнений многофакторность формирования наркологических заболеваний в результате изменений в духовной, политической, социальной, экономической сферах общества, именно поэтому так важна профилактическая работа, проводимая не только врачами психиатрами-наркологами, но и медицинскими сестрами, которые являются первым звеном в цепочке взаимодействия между пациентами и медицинскими работниками [2,3]. Специалисты сестринского дела принимают активное участие в профилактической работе среди населения в рамках акций и волонтерских мероприятий, проводимых в торговых центрах, концертах, праздновании Дня города и иных мероприятиях.

Цель исследования: провести анкетный опрос населения г. Тюмени относительно информированности о негативном влиянии употребления психоактивных веществ (ПАВ) на организм человека.

ПАВ – категория веществ, способных изменять деятельность центральной нервной системы, осуществляя влияние на состояние ясного сознания. Подобные вещества могут быть разрешены к употреблению в повседневной жизни (например, кофеин), но, в большинстве случаев, они либо используются по назначению врача (в частности, психотропные препараты), либо запрещены к употреблению на законодательном уровне (например, никотин-содержащие вещества для лиц, не достигших 18-летия, синтетические канабиноиды – «спайс»). В дальнейшем речь пойдет именно о ПАВ, запрещенных к употреблению и применяемых с целью изменения сознания, так называемого эффекта «одурманивания».

Материал и методы. Для достижения цели и задач исследования был использован метод анкетирования, одномерный анализ. Всего в одномоментном анкетировании приняло участие 820 респондентов разных возрастных групп.

Результаты и их обсуждение. Осведомленность населения о проблеме употребления психоактивных веществ была выяснена с помощью социологического опроса, проведенного во время празднования Дня города в г. Тюмени. Для изучения общественного мнения о проблеме употребления ПАВ была разработана анонимная анкета-опросник, состоящая из 10 вопросов. Всего медицинскими сестрами ГБУЗ ТО

«Областной наркологический диспансер» было опрошено 820 респондентов различных возрастных групп, в том числе лица до 18 лет (Рис. 1).

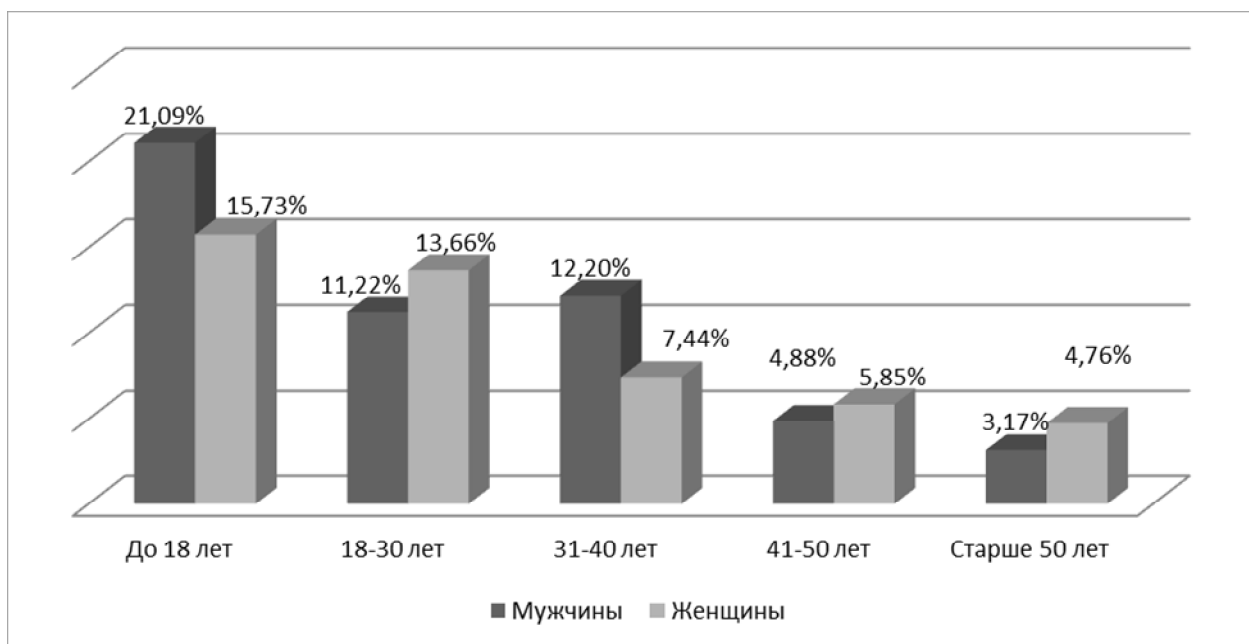


Рис. 1. Распределение респондентов по полу и возрасту

Преобладание в структуре респондентов лиц, не достигших совершеннолетия (302 человека – 36,82%) позволяет в некотором роде определить тенденции касательно осведомленности подрастающего населения о понятии ПАВ, их опасности и необходимости профилактики употребления.

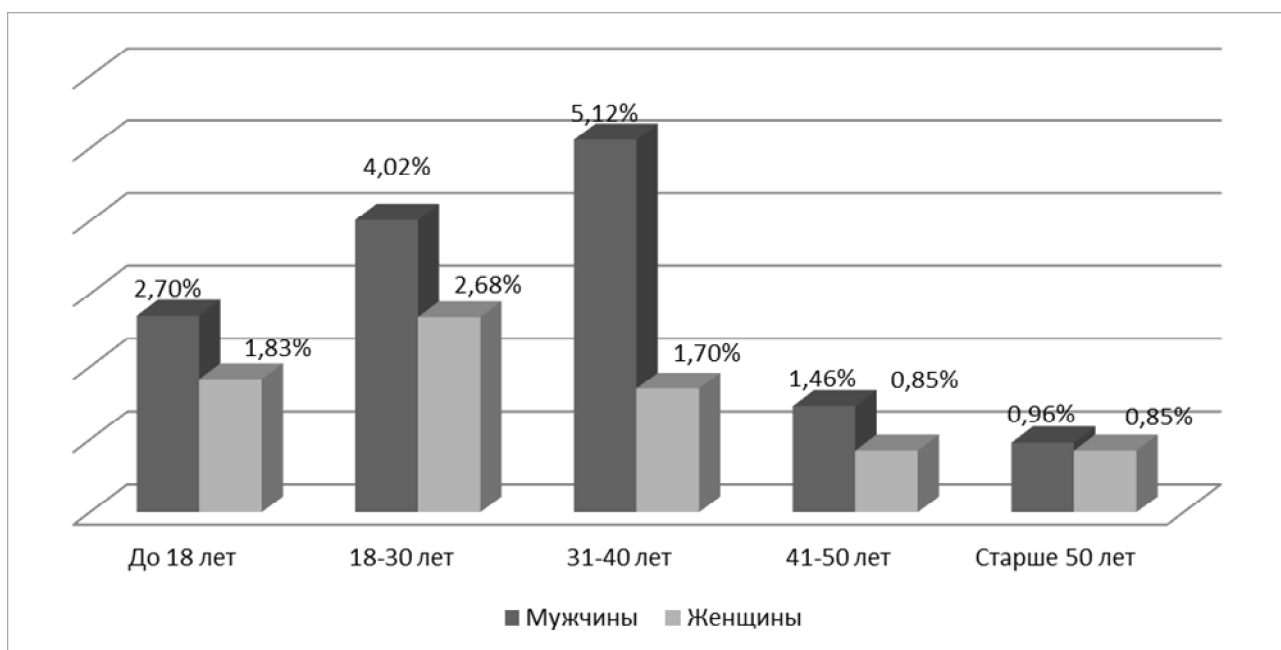


Рис. 2. Распределение ответов респондентов на вопрос об употреблении ПАВ

Социологический опрос показал, что 92% опрошенных осведомлены о существовании ПАВ. Более того, 22,1% отмечают, пусть даже однократные, их употребления (Рис. 2). Подобное желание испытать необычные ощущения, несмотря на все запреты, лишь подтверждает актуальность данной проблемы в обществе.

Наличие проблемы употребления психоактивных веществ предполагает возможные пути ее решения. В ходе опроса выяснилось, что жители города Тюмени знают, в какое учреждение они могут обратиться и получить квалифицированную помощь в случае выявления употребления наркотических веществ их родными и близкими (Рис. 3).

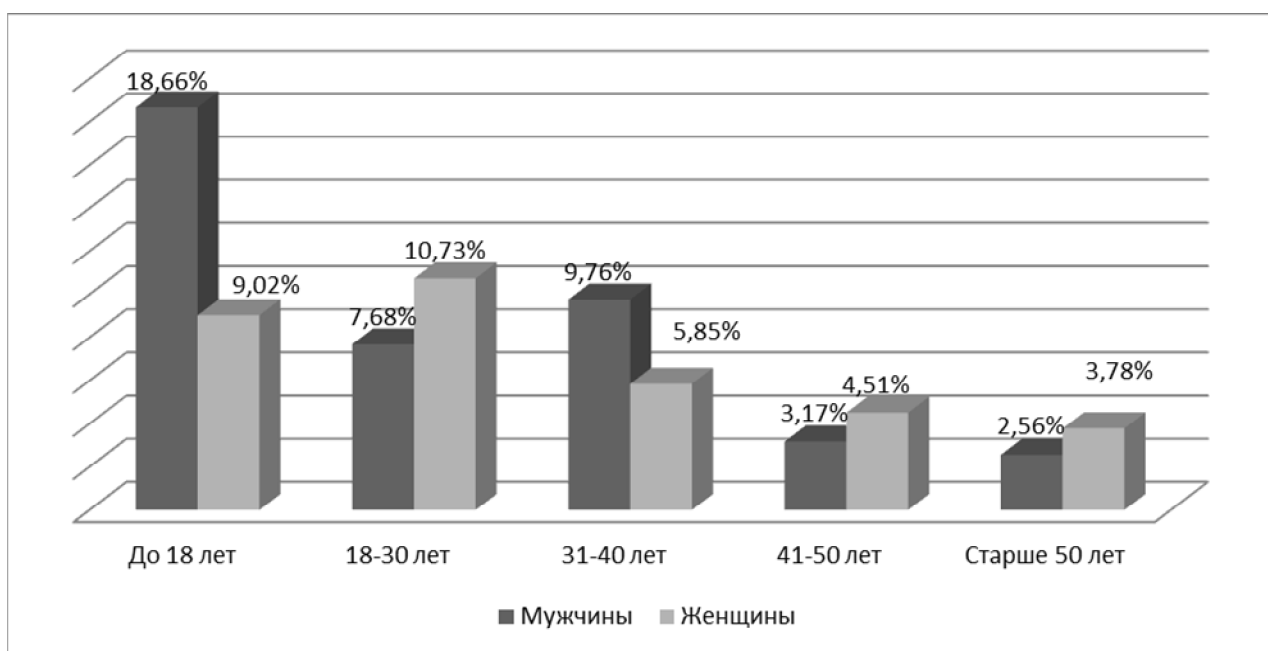


Рис. 3. Распределение ответов респондентов на вопрос об обращении за помощью в случае выявления употребления ПАВ близким окружением

82,3% опрошенных независимо от пола и возраста считает, что профилактика употребления ПАВ должна начинаться с детского возраста, причем именно медицинскими работниками. Мероприятия профилактического характера могут быть разнообразными: от массовых лекций и санбюллетеней до углубленного индивидуального консультирования [1]. Так, во время проведения социологического опроса, медицинские сестры ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер» одновременно консультировали респондентов об опасности употребления ПАВ, о признаках их употребления у детей и подростков. Медицинские сестры также раздавали флаеры желающим, куда они могут обратиться за помощью в отказе от употребления ПАВ, о возможности использования в домашних условиях тест-систем для выявления наркотических и психоактивных веществ в моче. Подобные

мероприятия, обладающие преемственностью между собой, способны оказать весомое влияние на формирование общественного мнения подрастающего поколения в вопросах негативного влияния употребления ПАВ.

Действующий образовательный стандарт и профессиональные образовательные программы вузов по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело сохранил приоритет востребованности выпускников в области профилактики. Приказ Минздрава России от 30.09.2015 N 683н "Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях" подтверждает, что на должность заведующего кабинетом медицинской профилактики для взрослых назначается медицинский работник, имеющий высшее образование по специальностям (направлениям подготовки) «сестринское дело», прошедший обучение по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни. На должность руководителя центра медицинской профилактики, являющегося структурным подразделением МО, назначается медицинский работник, имеющий высшее образование по специальностям (направлениям подготовки) ...«сестринское дело», прошедший обучение по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни [1,2,3].

Выводы:

1. Анкетирование с помощью скрининг-анкеты выявило высокую осведомленность населения: 92% знают о существовании психоактивных веществ, их негативном влиянии на организм человека.
2. Немаловажной особенностью употребления данных веществ является разнообразие и доступность: 22% респондентов отметили, что пробовали те или иные ПАВ.
3. Большинство опрошенных (82%) отдают свое предпочтение профилактическим мерам, проводимым с детского возраста, в формате интерактивных квестов, игр, использования иммунохроматографических тест-систем для проведения экспресс-тестирования в школах г. Тюмени.

Литература:

1. Лапик С.В. Роль и место сестринского персонала в системе оказания медицинской помощи // Здоровье и образование в XXI веке, Т. 19, №8. 2017. - С. 107-109.

2. Лапик С.В. Востребованность бакалавров сестринского дела на региональном рынке труда // Университетская медицина Урала. Т. 4. №34 (15). 2018. - С. 18-21.
3. Лапик С.В. Перспективы и проблемы подготовки бакалавров сестринского дела // Системная интеграция в здравоохранении: Электронный научно-практический журнал для специалистов здравоохранения, экономики и управления, информационных технологий, педагогики, психологии и социальной работы. № 4 (34). 2017. - С. 45-51.

Указатель авторов

Авторы	Страница
Агафонцева И.А.	3
Белькова Л. И.	28
Бозян Н.В.	8, 76
Грицань И.И.	14
Демина О. И.	70
Дорофеева Е.И.	81
Ефремова Л.Ю.	18,24
Заришняк Н.В.	70
Кацова Г.Б.	70
Кокшарова Е.А.	3
Крочек И.В.	74
Крылов О. Н.	21
Кульдеева А.Б.	18,24
Лапик С. В.	24,32,37
Ларькова А.О.	42
Максимова Е. В.	46
Малахова А.О.	46
Малеева Н. П.	70
Малишевская М.В.	52
Мороз И.Н.	52
Назарова Ж.В.	57
Николаенко А. А.	62
Павленко Т.Н.	65,70
Павлов Ю.И.	57,74
Романюк И.Е.	76
Светлакова В.А.	52
Светлакова И.А.	46,52,57
Сергеев И. Н.	70
Сергийко С.В.	74
Титов П.В.	62
Холопов А. А.	62,81
Шейнмаер В.В.	62
Яценко А.С.	84

Немного истории в фотографиях (2001-2019)



Первый выпуск факультета ВСО. Январь 2001 г.



Коллектив кафедры Сестринского дела и ухода за больными в 2016 году



Абилимпикс-2018. Наш эксперт Л.Ю. Ефремова – вторая справа.



V международный саммит медицинских сестер. Май 2019 г.



ИНВЕСТИЦИОННО - ПРОМЫШЛЕННАЯ ГРУППА

2020

КОМПЛЕКСНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ
ДЕЗИНФЕКЦИИ И СТЕРИЛИЗАЦИИ
И МНОГОЕ ДРУГОЕ
МЕДИЦИНСКАЯ ОДЕЖДА



РУЛОНЫ И ПАКЕТЫ
упаковка для
стерилизации
паром, воздухом,
газом и плазмой

ЯНВАРЬ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
	1	2	3	4	5	
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

ФЕВРАЛЬ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

МАРТ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

АПРЕЛЬ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
	1	2	3	4	5	
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

МАЙ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

ИЮНЬ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

ИЮЛЬ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
1	2	3	4	5		
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

АВГУСТ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

СЕНТЯБРЬ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

ОКТАБРЬ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

НОЯБРЬ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

ДЕКАБРЬ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

ДЕЗИНФЕКЦИЯ



ДЕО-ХЛОР-ЛЮКС
таблетки
с моющим
эффектом

ДЕЗИНФЕКЦИЯ + ПСО

ДЕЗО-ТРИЗ
многопрофильное ДС,
режимы - 5 мин



Все для обработки ЭНДОСКОПОВ

МИРОДЕЗ
салфетки
предварительная
и окончательная
очистка



ЭНЗИМОСЕПТ
ферментативное
моющее средство



ЭНЗИМОДЕЗ
ферментативное
дезинфицирующее
средство



МИРОКСИД 2000
стерилизующее
кислородосодер-
жащее средство
(рекомендован
KARL STORZ -
ENDOSKOPE)



ХОРТ СТЕРИЛ
стерилизующее
альдегидо-
содержащее
средство



КОЖНЫЕ АНТИСЕПТИКИ



МЕДИЦИНСКАЯ МЕБЕЛЬ



ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПОВЕРХНОСТИ



г. ЧЕЛЯБИНСК ул. Энгельса, 26-А ipgz@mail.ru
г. ОЗЕРСК пр. К.Маркса, 32, оф. 233 ipgz@mail.ru

8 (351) 218-03-03, 220-09-06
8 (35130) 7-33-32, 7-33-35

8(351) 218 03 03 www.ipgz-dez.ru



охранное поле логотипа

Почему мы теперь используем только один логотип и написанный только латиницей

ИНВИТРО – международная компания, и использование единого логотипа в латинском начертании позволяет обеспечить цельное восприятие бренда на всех рынках присутствия в России, Белоруссии, Казахстане и на Украине. Монолитность архитектуры бренда – знак единства ИНВИТРО в ее ключевой компетенции и профильных видах деятельности. Для других направлений мы создадим самостоятельные бренды.

Логотип INVITRO всегда сохраняет преемственность в главном – в использовании фирменного цвета INVITRO BLUE: единстве гармонии и динамичной формы, отражающем наше постоянное стремление к совершенству.

INVITRO BLUE – это настоящий медицинский цвет. Он успокаивает, вселяет уверенность, улучшает настроение, олицетворяет чистоту и гармонию. Палитра позволяет творчески и оригинально оформить любой носитель, сохраняя общее впечатление о бренде. Бесконечное многообразие вариантов подчеркивает современность и эластичность бренда INVITRO.



Фирменный паттерн демонстрирует ключевую компетенцию компании: из него выстраивается брендový медицинский крест INVITRO. Сочетание всех оттенков INVITRO BLUE в паттерне позволяет придать неповторимый вид любому носителю нашего фирменного стиля.



Готовитесь к школе?

Комплекс анализов, необходимых для приема в учебное заведение

1000 руб.

сегма рекламного макета

г. Челябинск, 107/09
ул. Ленинградская, 11
г. Челябинск, 107/09
ул. Ленинградская, 11

8 353 266 364 88
8 (353 2) 23 12 25

ООО «Инвитро-Урал»
Юридический адрес: 454091, Челябинская область,
Челябинский район, с/пос. Шестаково, д. 10
ИНН Челябинская область/Челябинский район
КПП Челябинская область/Челябинский район
ИН 7607003868
ОГРН 10476003868
ИНС 7607003868

**ООО «ИНВИТРО-УРАЛ» 454091, г. Челябинск, ул. Российская, 275
Тел. 8 (351) 266-27-10**

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА МЕНЕДЖЕРОМ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА.....	3
Агафонцева И.В., Кокшарова Е.А.	
СТАНДАРТИЗАЦИЯ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ. СОЗДАНИЕ СОП И ДРУГИХ СТАНДАРТОВ.....	8
Бозян Н.В..	
ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКИМИ СЕСТРАМИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ.....	14
Грицань И.И..	
РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЭТАП ЧЕМПИОНАТА «АБИЛИМПИКС» В КОМПЕТЕНЦИИ «МЕДИЦИНСКИЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ УХОД».....	18
Ефремова Л.Ю., Кульдеева А.Б.	
УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ (UMED) - НОВЫЙ ЦЕНТР КАЧЕСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ЮЖНОМ УРАЛЕ.....	21
Крылов О.Н.	
АБИЛИМПИКС - НА ПУТИ К РАВНЫМ ВОЗМОЖНОСТЯМ.....	24
Кульдеева А.Б., Ефремова Л.Ю.	
ФОРМИРОВАНИЕ ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКОГО УХОДА У СТУДЕНТОВ ТЮМЕНСКОГО ГМУ.....	28
Лапик С.В., Белькова Л.В.	
ОБОСНОВАНИЕ АВТОНОМНОЙ РАБОТЫ АКАДЕМИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ НА ДОВРАЧЕБНОМ ПРИЕМЕ.....	32
Лапик С.В.	
ЗНАЧЕНИЕ ГИГИЕНЫ РУК МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СИСТЕМЕ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА.....	37
Лапик С.В.	
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИЗЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ.....	42
Ларькова А.О.	
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В ФИЗИОТЕРАПИИ.....	46
Малахова А.О., И.А. Светлакова, Е.В. Максимова	
ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЛИЦ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	52
Мороз И.Н., Светлакова И.А., Малишевская М.В., Светлакова В.А.	
СТЕРИЛИЗАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ КАК ПЛОЩАДКА ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ОСНОВАМ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ.....	56
Назарова Ж.В., Павлов Ю.И., Светлакова И.А.	

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2.....	62
Николаенко А.А., Шейнмаер В.В., Титов П.В., Холопов А.А.	
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	65
Павленко Т.Н.	
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	70
Павленко Т.Н., Кацова Г.Б., Сергеев И.Н., Малеева Н.П., Демина О.И., Заришняк Н.В.	
ЛАЗЕРНАЯ ОСТЕОПЕРФОРАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	74
Павлов Ю.И., Крочек И.В., Сергийко С.В.	
СОТРУДНИЧЕСТВО С КЛИНИЧЕСКИМИ БАЗАМИ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ КОСТАНАЙСКОГО ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА.....	76
Романюк И.Е., Бозян Н.В.	
ПЕРСПЕКТИВЫ ИНФОРМАТИЗАЦИИ В РАБОТЕ ГЛАВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ.....	81
Холопов А.А., Дорофеева Е.И.	
РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ.....	84
Ященко А.С.	
УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ	89
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	90

Научное издание

ЛИДЕРСТВО В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ: ПРОФЕССИОНАЛИЗМ,
БЕЗОПАСНОСТЬ, КАЧЕСТВО

Материалы межрегиональной научно-практической конференции,
посвященной 75-летию Южно-Уральского государственного
медицинского университета

24 октября 2019 г.

ISBN 978-5-94507-245-9

Подписано в печать 12.10.2019.

Формат 60 × 84 ¹/₈. Усл. печ. л. 11,16.

Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman суг.

Печать лазерная. Тираж 200 экз. Заказ № 78.

Издательство

Южно-Уральского государственного
медицинского университета

454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64

Тел. (351) 262-77-98

Отпечатано в ЦП «ВКСПРИНТ».

454092, г. Челябинск, ул. Курчатова, 9

Тел. (351) 202-00-78

zakaz@vksprint.ru