

**ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет  
им.Н.Н. Бурденко» Минздрава России**

**Институт сестринского образования**

**Кафедра организации сестринского дела**



**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ VIII РЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПРОБЛЕМЫ  
И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА:  
НАУКА, ОБРАЗОВАНИЕ, ПРАКТИКА»  
Посвящённой 100летию ВГМУ им. Н.Н. Бурденко**

**16 апреля 2019 года**

**Воронеж 2019**

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет  
им.Н.Н. Бурденко» Минздрава России

Институт сестринского образования

Кафедра организации сестринского дела



**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ VIII РЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПРОБЛЕМЫ  
И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА:  
НАУКА, ОБРАЗОВАНИЕ, ПРАКТИКА»  
Посвящённой 100летию ВГМУ им. Н.Н. Бурденко**

**16 апреля 2019 года**

**Воронеж 2019**

УДК: 614.253.52:378-061.3

ББК 53.5,8

М 341

Материалы VIII научно-практической конференции: проблемы и перспективы развития сестринского дела: наука, образование, практика / под ред. доцента А. В. Крючковой. – Воронеж, 2019. 120 с.

В книге отражены результаты международной научно-практической конференции посвящённой проблемам и перспективам развития сестринского дела. Затронуты наиболее актуальные вопросы развития сестринского дела в городе Воронеже и других областях Центрального Черноземья, а также наиболее актуальные вопросы подготовки специалистов с высшим и средним профессиональным образованием и научно-педагогических кадров высшей квалификации. Сборник представляет интерес для научных работников, студентов и врачей разных специальностей.

Главный редактор: доцент к.м.н. А. В. Крючкова

Заместитель главного редактора: доцент, к.м.н. Г. Н. Карпухин

Редакционная коллегия: доцент Полетаева И. А., доцент Кондусова Ю. В.

Ответственный секретарь – доцент, к.м.н. Н. Н. Чайкина

Рецензенты:

заведующая кафедрой инструментальной диагностики ИДПО

д.м.н. Титова Л. А.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

1	<i>Бахматова Ю. В.</i> Особенности формирования икт компетенций на уроках информатики у студентов специальности «сестринское дело»	7
2	<i>Безрукова С. С.</i> Этика и деонтология в работе медицинской сестры	9
3	<i>Венецева Н.В., Кондусова Ю.В., Крючкова А.В., Кабалдина К. В.</i> Современные подходы к организации самостоятельной внеаудиторной работы студентов	13
4	<i>Волознева И. Л.</i> Развитие метакогнитивных способностей учащихся-медиков как детерминанта и актуальная Проблема профессиональной подготовки	16
5	<i>Горбунова О. Е.</i> Роль медицинской сестры в оказании неотложной помощи	19
6	<i>Гриднева Л.В., Барабанова Л.В., Лямзина Е.В., Черноярва А. И.</i> К вопросу об инновационных технологиях в сестринском деле, предупреждающих гемоконтактное инфицирование	22
7	<i>Гриднева Л.Г., Крючкова А.В., Князева А.М., Фадеева Е. А.</i> К вопросу о подготовке специалистов сестринского дела	25
8	<i>Грузневич А. П.</i> Сестринское дело в реформировании здравоохранения Республики Беларусь	30
9	<i>Денисова С. Д.</i> Коммуникативно-деятельностный подход как основа формирования и развития коммуникативных умений и навыков учащихся отделения “сестринское дело”	33
10	<i>Дрошневa Т.Н., Крючкова А.В., Кондусова Ю.В., Бакаева Н. С.</i> Актуальные вопросы профилактики внутрибольничных инфекций	36
11	<i>Дрошневa Т. Н. Пятницина С. И., Малкавей М. Аладжарме Башар Мохаммад Матрук</i> современные аспекты сестринского дела в Иордании	39
12	<i>Епифанова Е. А., Ступак Г. Н.</i> Инновационные сестринские технологии	42
13	<i>Есипова Е. М., Денисова С. Д.</i> Использование технологии интерактивного обучения в проведении интегрированных учебных занятий при изучении клинических дисциплин в учреждении образования «витебский государственный медицинский колледж Имени академика и.п.антонова»	46
14	<i>Кондусова Ю. В., Венецева Н. В., Князева А. М., Пятницина С. И., Тилляева С. Б., Тилляева М. К.</i> Современные аспекты деятельности медицинской сестры в Туркменистане	49
15	<i>Кондусова Ю. В., Крючкова А.В., Романова А.А., Гриднева Л.Г., Булат М.В.</i> Педагогическая деятельность в работе участковой медицинской сестры детской поликлиники	52
16	<i>Кондусова Ю. В., Полетаева И. А., Карпухин Г. Н., Анучина Н. Н.,</i>	54

	<i>Крапивина А. С., Пинтяк О. Ф.</i> Основные принципы медицинского образования в Молдове	
17	<i>Кондусова Ю. В., Веневцева Н. В., Князева А. М., Семынина Н. М., Хамрокулова И. Х., Базарова Ш. Б.</i> Особенности профессиональной деятельности и обучения медицинских сестер в Узбекистане	58
18	<i>Кондусова Ю. В., Крючкова А.В., Семынина Н. М., Дрошневa Т. Н., Булат М.В.</i> Проблемы инфекционной безопасности в работе медицинской сестры	61
19	<i>Красная Е. С.</i> Психологические аспекты паллиативной помощи	63
20	<i>Крючкова А.В., Князева А. М., Кондусова Ю. В., Семынина Н. М., Полетаева И. А., Абдуллаева М. Б.</i> Роль медицинской сестры в профилактике обострений хронического панкреатита	66
21	<i>Крючкова А.В., Князева А. М., Кондусова Ю. В., Семынина Н. М., Пятницина С. И., Веневцева Н. В., Восканян А. Д.</i> Роль сестринского ухода при инфекциях мочевыводящих путей	68
22	<i>Крючкова А. В., Анучина Н.Н., Кондусова Ю.В., Карпухин Г. Н., Агабекова М.С.</i> Медико-гигиеническое обучение и воспитание населения как основа формирования здорового образа жизни	71
23	<i>Кузнецова С. Б.</i> С традициями милосердия в век инноваций	74
24	<i>Максименко Ж. В.</i> Использование симуляционного обучения в подготовке медицинских сестер в учреждении образования «Витебский государственный медицинский колледж имени академика И.П. Антонова»	77
25	<i>Махмудов И. Х.</i> Метод кейсов при обучении оказанию неотложной медицинской помощи	80
26	<i>Миляева Н. Р.</i> Этика и деонтология в работе медицинской сестры	83
27	<i>Неверович А. С.</i> Скрипт как инструмент формирования коммуникативных навыков медицинских работников	85
28	<i>Полетаева И. А., Крючкова А.В., Кондусова Ю.В., Веневцева Н.В., Пятницина С.И., Чичиль Ю.А.</i> Профессиональные заболевания и меры их профилактики среди среднего медперсонала	88
29	<i>Полетаева И. А., Крючкова А.В., Кондусова Ю.В., Князева А. М., Анучина Н.Н., Семынина Н.М., Булат М.В.</i> Организация профилактики профессионального заражения ВИЧ-инфекцией в медицинской организации	93
30	<i>Попов К. И., Заболев А. М.</i> Сестринский процесс в раннем послеоперационном периоде как важнейший фактор реконвалесценции больных хирургического профиля	96
31	<i>Пятницина С. И., Семынина Н. М., Князева А.М., Красникова В. С.</i> Профилактика профессионально обусловленных гемоконтактных инфекций у медицинских работников	99
32	<i>Сапрыкина И. Н.</i> Проблемы оказания сестринской помощи в условиях коммерческой медицины	102

33	<i>Святенко А. Н. Фурсова И. К.</i> Мировые тенденции в развитии паллиативной помощи	106
34	<i>Семынина Н. М., Пятницина С. И., Веневцева Н. В., Исмаилов Б. Б. Саидов Нодир Азам угли</i> Среднее медицинское образование в республике Узбекистан	109
35	<i>Семынина Н. М., Крючкова А. В., Кондусова Ю. В., Маргарян М. М., Карян З. А.</i> Паллиативная медицина в Армении	111
36	<i>Семынина Н. М. Крючкова А. В. Князева А.М., Маммедова Л. Г., Какаджанова Д.</i> Этика и деонтология в работе медсестры психиатрического отделения	113
37	<i>Солодкова Е. И.</i> К вопросу этики и деонтологии в работе медицинской сестры современного лечебно-профилактического учреждения	115

## ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ИКТ КОМПЕТЕНЦИЙ НА УРОКАХ ИНФОРМАТИКИ У СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»

Бахматова Ю. В. преподаватель ОГАПОУ СМК, Старый Оскол, Россия

**Аннотация:** в статье рассматриваются особенности формирования ИКТ компетенций у студентов специальности «Сестринское дело» на уроках информатики. Выявляются проблемы при обучении, а также способы их решения.

**Ключевые слова:** компетенция, информатика, информационная культура, специалисты среднего медицинского звена.

На сегодняшний день Россия находится в стадии перехода к информационному обществу. Процессы информатизации не только проникают во все сферы деятельности человека. Любой вид деятельности сегодня проходит определенные этапы, которые непосредственно связаны со сбором информации, ее анализом, выбором приоритетных задач, нахождением оптимальных вариантов решения данных задач, формированием подходов к осуществлению задуманных целей. Таким образом, выдвигаются очень высокие требования к уровню владения информационной культурой каждым членом общества, в том числе работниками среднего медицинского звена.

Средние профессиональные образовательные учреждения становятся основой их профессиональной деятельности. Обучение студентов ведется по ФГОС третьего поколения, в основе которого лежит компетентностный подход. При таком подходе основным итогом совершенствования системы медицинского образования становится формирование работника, который готов работать самостоятельно и принимать решения в условиях быстро развивающихся технологий в современной медицине. Необходимость в дисциплинах, обеспечивающих развитие у студентов соответствующих знаний, умений и навыков, становится очевидной.

На уроках информатики происходит освоение таких общих компетенций, как:

- осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития,
- использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности работать в коллективе и команде,
- эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями, самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития,
- заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации,

- ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

На занятиях по информатике происходит получение технических навыков по работе с различными устройствами ввода и вывода, обработки информации, поиск и извлечение информации из различных источников и носителей систематизация, а также ее анализ, отбор и преобразование.

Также на занятиях прививаются владение формами устной речи ведение «диалога» с техническими устройствами, владение стиливыми приемами оформления текста владение телекоммуникациями для организации общения с удаленными собеседниками, понимание факта многообразия языков, (в том числе формальных языков, систем кодирования, языков программирования), умение работать в группе.

Однако, несмотря на значимость преподаваемой дисциплины, иногда встречается негативное отношение к урокам информатики, как правило, среди студентов-первокурсников. Основным фактором является достаточно высокая степень несоответствия между содержанием и формой стандартной методики преподавания от интересов и ожиданий студентов относительно своей будущей профессии.

Информатика в колледже, зачастую, не воспринимается обучающимися как дисциплина, которая может пригодиться при изучении профильных предметов. Первокурсники, как правило, не понимают смысл и пользу изучения дисциплины, не видят, как можно в дальнейшем использовать знания и навыки, полученные на уроках информатики в клинических предметах. Студенты не воспринимают обучение информатике как целостный процесс, не осознают связь с профильными дисциплинами

Кроме того, студенты-первокурсники недооценивают значимость данного предмета, поскольку, только начав обучение, они практически не имеют представления о применении информатики в медицине, своей будущей профессии, и поэтому не проявляют должного интереса при изучении данной дисциплины.

Для разрешения данных проблем, формирования высокого уровня мотивации студентов на изучение данной дисциплины применяются интерактивные методы обучения и обязательное сопоставление содержания предлагаемых занятий с учетом личности студента и его будущей профессией.

В Старооскольском медицинском колледже изучение информатики является единым, аналоговым процессом, который позволяет четко проследить связь между предметом естественно-научного цикла с профильными дисциплинами. Студенты становятся заинтересованными в уровне и качестве своего обучения.

На занятиях применяются инновационные технологии и дидактические средства обучения, помогающие студентам понять ценность и преимущество изучаемой дисциплины.

Такой подход помогает будущим медицинским сестрам ориентироваться в быстрой смене компьютерных медицинских технологий, быстро и грамотно осуществлять поиск необходимой информации; быстро и правильно принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, что, бесспорно, способствует повышению степени адаптации будущих специалистов к результативной практике в выбранной профессиональной области - медицине.

#### **Список литературы:**

1. Альтиментова Д. Ю., Рожко К. А. Информационные технологии в образовании // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 11. – С. 826–830. – URL: <http://e-koncept.ru/2016/86179.htm>.
2. Гилярова М.Г. Информатика для медицинских колледжей : учебное пособие/ М.Г. Гилярова. - Ростов н/Д : Феникс, - 2017. - 526 с.
3. Щербак И.В. К проблеме профессиональной адаптации студентов-первокурсников медицинского вуза [Электронный ресурс]// Фундаментальные дисциплины | Педагогика и образование: [портал]. [Саратов]. URL: <https://medconfer.com/node/3831> (дата обращения: 21.02.2017).
4. Демкин В.П., Можаяева Г.В. Гуманитарное образование в современном обществе [Электронный ресурс]. [Томск]. URL: <http://2003ido.tsu.ru/ss/?unit=222&page=contents> (дата обращения: 21.02.2017).
5. Распутина О. В. Формирование ИКТ компетенций на уроках информатики в соответствии с требованиями ФГОС // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2017. – Т. 25. – С. 241–243. – URL: <http://e-koncept.ru/2017/770567.htm>.

#### **ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

**Безрукова С. С.** преподаватель Государственного бюджетного учреждения «Профессиональная образовательная организация «Астраханский базовый медицинский колледж», Астрахань.

**Аннотация:** в статье раскрываются вопросы этики и деонтологии медицинской сестры в работе стационарной и амбулаторной службы. Освещаются вопросы нравственности, поведения, профессиональной деятельности. Также решаются проблемы моральных

качеств медицинской сестры в работе с пациентами, их родственниками, взаимоотношения с коллегами.

**Ключевые слова:** этические нормы, законы морали, медицинская деонтология, психическое состояние.

Разбираться в особенностях личности, характера больного должны медицинские работники всех уровней, как в психиатрической, так и соматической клинике. Особенности личности, присущие человеку до болезни, или изменения, возникшие в процессе болезни, могут существенно влиять на течение заболевания.

Понимание болезни невозможно без учета свойств личности. Это позволяет подобрать индивидуальный подход медицинского работника к пациенту и в значительной степени определяет тактику поведения медицинской сестры по отношению к конкретному пациенту. В различных областях практической медицины используется с этой целью медицинская психология [1,12]. Учитываются особенности клинических проявлений у данного пациента, возраст, пол, социальный статус. Для профессионального выполнения своего долга медицинская сестра принимает клятву, облакает себя обязанностью следовать определенным моральным канонам, базовой основой которых являются медицинская этика и деонтология.

Это дисциплина, представляющая совокупность этических норм и принципов поведения медицинской сестры при выполнении ими своих профессиональных обязанностей. Этика определяет законы морали и нравственности, нарушения которых зачастую не ведет к уголовной или административной ответственности, но приводит к нравственному суду «суду чести». Этически нормы подвержены влиянию общественных факторов и норм общественной морали.

К числу базисных принципов медицинской этики относятся:

- автономия;
- непричинение вреда;
- благодеяния;
- справедливость.

Под автономией понимается форма личной свободы. Принципы непричинения вреда, благодеяния, справедливости вытекают из клятвы Гиппократова и соответствующим образом называют медицинского работника на выполнение поставленных задач [2,17].

Конкретные этические нормы, применяемые в медицине, включают правдивость, приватность, конфиденциальность, лояльность и компетентность. Неотрывным понятием

в медицинской этике являются принцип гуманизма, который приобретает особое значение и смысл. Медицинская сестра, постоянно контактирующая с больными, их близкими, обязана проявлять гуманизм в широком и самых разнообразных формах; в культуре общения, поведения и образе действий в соответствии с требованиями и задачами своей профессии[3,25].

Деонтология – наука о долге медицинского работника перед больным обществом, о моральной обязанности, о личности медицинской сестры, об особенностях взаимоотношений медицинской сестры и пациента.

На формирование и развитие признаков медицинской деонтологии, как медицинской этики, на протяжении всей истории человечества оказывали влияние, сложившиеся в данном обществе, политический строй, социально-экономические отношения, национальные и религиозные традиции[5,18].

Основными задачами медицинской деонтологии являются:

- изучение принципов поведения медицинского персонала, направленные на максимальное повышение эффективности лечения;
- исключение неблагоприятных факторов в медицинской деятельности;
- изучение системы взаимоотношений, которые устанавливаются между медицинским персоналом и больным;
- устранение вредных последствий неполноценной медицинской работы.

Одной из основных проблем медицинской деонтологии, также как и медицинской этики, является долг. Медицинская деонтология определяется как должное в поведении как морального, так и правового долга, что отражается в выполнении должностных обязанностей медицинского работника.

При отборе кандидатов, поступивших в медицинские учебные заведения, необходимо обращать внимание на моральные, этические и другие человеческие качества, избравшего этот вид деятельности. Деонтологическое воспитание предусматривает не только овладение практическими знаниями, но и умение применять эти знания при общении с больными. Необходимо формировать личность медицинской сестры, воспитывать чувство долга, ответственности, сострадания, самоотверженности, честности, чувство собственного достоинства.

Роль медицинской сестры в ЛРУ приобретает все большее значение, особенно в стационарах. С пациентами большую часть времени общается именно медицинская сестра. Больной ищет у нее понимания и поддержки. Установление доверительного отношения пациента к медицинской сестре препятствуют равнодушие и

незаинтересованность ее в результатах лечебной работы. Медицинская сестра должна внимательно следить за своими высказываниями, поведением, речью, чтобы неосторожно не причинить вред пациенту.

Болезненные расстройства или осложнение существующего заболевания, вызванные тяжелыми переживаниями, возникшие под влияние слов или действий медицинской сестры, оказавших отрицательное действие на психическое и физическое состояние больного, называется ятрогения.

Отношения медицинской сестры с пациентом зависят от взаимоотношений с окружающими больными, сотрудниками. Во всех ситуациях нужно понять, что для достижения успеха в лечении, необходимо добиваться улучшения его психического состояния[4,25].

Медицинская сестра должна уметь выслушать пациента, проявить понимание его трудностей и проблем, но не стремится обязательно их решить. Важнейшим является то, что общаясь с больным, медицинская сестра может получить дополнительные сведения о психическом статусе пациента и информировать об этом лечащего врача. Вопросы профессиональной тайны должны сохранять все работники, в том числе и медицинская сестра.

Обязанность хранить молчание имеют большое деонтологическое значение и касаются не только здоровья пациента, но и его личной жизни, полученные из анамнеза, клинических исследований. Общение с пациентами должно всегда носить психотерапевтический характер, уважительный и неформальный тон в обращении с больными всегда высоко ценятся, как пациентами, так и их родственниками[6,17].

Успех лечебной работы во многом зависят от слаженности, дружеской взаимопомощи и доверия между всеми сотрудниками ЛПУ. Атмосфера взаимного уважения, взаимопомощи медицинских работников всегда благотворно отражается на отношениях больного ко всему персоналу.

Непременными качествами медицинской сестры и всех сотрудников должны быть отзывчивость, трудолюбие, самокритичность, наблюдательность и любовь к избранной профессии.

#### **Список литературы:**

1. Косенко, В. Г. Медицинская психология для медсестер и фельдшеров : учеб. пособие / В. Г. Косенко, Л. Ф. Смоленко, Т. А. Чебуракова. – Ростов н/Д: Феникс, 2002. – 416 с.
2. Островская, И. В. Медицинская этика : Сб. документов : Справ. пособие / И. В. Островская. – М.: АНМИ, 2001. – 241 с.

3. Психология общения медицинского персонала в лечебно-профилактических учреждениях / А. К. Хетагурова, И. О. Слепушенко, Б. К. Липский и др.; под ред. А. К. Хетагуровой. - М.: Мед. вестник, 2003. - 96 с. - (Прил. к журн. «Сестринское дело»).
4. Силуянова, И. В. Биоэтика в России: ценности и законы / И. В. Силуянова. – М.: Грантъ, 2001. – С. 192 с.
5. Хетагурова, А. К. Проблемы этики и деонтологии в работе медицинской сестры / А. К. Хетагурова. - М.: Медицинский проект, 2008. - 72 с. - (В помощь практикующей мед. сестре).
6. Яровинский, М. Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика) : учеб. пособие / М. Я. Яровинский. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2004. – 528с.

### **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ВНЕАУДИТОРНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ**

**Веневцева Н. В.** Преподаватель кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

**Кондусова Ю. В.** кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

**Крючкова А. В.** доцент, кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

**Кабалдина К. В.** Студентка 2 курса ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

**Аннотация:** В статье приводится информация о организации самостоятельной внеаудиторной работе студентов.

**Ключевые слова:** самостоятельная работа, студенты, знания, педагогический процесс.

Роль специалистов сестринского дела существенна на всех составляющих этапах медицинской деятельности: профилактике, диагностике, лечении и реабилитации.

Новым в сестринском образовании является умение проводить расспрос, уметь сформулировать заключение о состоянии больного, выявить приоритетные проблемы, составить план сестринских вмешательств и провести оценку проведенных действий, при необходимости скорректировать их. Медицинская сестра должна стать квалифицированным специалистом, чтобы иметь возможность самостоятельно оказывать медицинскую помощь в соответствии с нормативными документами.

Организация внеаудиторной деятельности это важная составляющая современного педагогического процесса, что позволяет мобилизовать студентов на творческую деятельность. Обучение навыкам такого вида деятельности начинается с первого курса. Это может быть подготовка докладов, сообщений, рефератов. Организация исследовательской работы в данном случае позволяет настроить студентов на качественное усвоение изучаемого материала по определенным темам, научить находить, отбирать необходимый материал, перерабатывать его, сопоставлять и сравнивать факты, работать с литературой, и в итоге выработать свое суждение по изучаемой теме.

Самостоятельная работа осуществляется как индивидуально, так и группами, в зависимости от цели, объема, конкретной тематики самостоятельной работы, уровня сложности, уровня умений обучающихся по специальности 34.02.01 «Сестринское дело» отделение среднего медицинского и фармацевтического образования.

Преподаватели Института сестринского образования ВГМУ им. Н.Н. Бурденко составляют Методические рекомендации по самостоятельной работе для обучающихся в соответствии с требованиями ФГОС СПО по специальности 34.02.01 «Сестринское дело».

В разработке предлагаются инновационные методы обучения для наилучшего закрепления полученных знаний: самостоятельное составление и выполнение творческих заданий, разработка и выполнение деловых игр, использование интернет-технологий, элементов дистанционного обучения при подготовке к практическим занятиям и осуществления контроля самостоятельной работы обучающихся (например, на базе платформы Moodle)

В реальных условиях эффективность самостоятельной работы зависит от объективных факторов образовательного и воспитательного процессов, а именно: внедрения в учебный процесс новых методик преподавания; обучения преподавателей новым приемам и методам работы; внедрения современных информационных технологий [1].

Эффективная внеаудиторная самостоятельная работа студентов возможна только при наличии серьезной и устойчивой мотивации: осознание полезности выполняемой работы, творческая направленность деятельности, игровой тренинг, участие в конференциях, конкурсах профессионального мастерства, олимпиадах по учебным дисциплинам, дифференциация заданий для внеаудиторной самостоятельной работы с учётом интересов, уровня подготовки по дисциплине.

Для развития положительного отношения студентов к самостоятельной работе, следует на каждом её этапе разъяснять цели, задачи её проведения, контролировать их

понимание, знакомить обучающихся с алгоритмами, требованиями, предъявляемыми к выполнению определённых видов заданий, проводить индивидуальную работу, направленную на формирование навыков по самоорганизации познавательной деятельности[2].

Методика организации самостоятельной работы зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов, отведенных на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы, индивидуальных качеств обучающихся и условий учебной деятельности.

Важнейшим структурным подразделением университета является библиотека, где работает абонемент для выдачи учебной литературы и читальный зал, с доступом к сети Интернет. Обучающиеся имеют свободный доступ к электронным образовательным ресурсам, а также к материалам, разработанным преподавателями, к информационным системам и информационно-телекоммуникационным сетям не только в учебных кабинетах, но и в читальном зале библиотеки. Обеспечение возможности дистанционного обучения (электронные УМК для дистанционного обучения, учебники на электронных носителях и др.).

Таким образом, условия, обеспечивающие успешное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы включают в себя: необходимость проводить большую воспитательную работу; время внеаудиторной самостоятельной работы должно быть временем активной учебы; преподавателям необходимо продолжить работу по разработке комплексных учебных пособий для самостоятельной работы, сочетающих теоретический материал, методические указания и задачи решения; преподаватель должен выдавать индивидуализированные задания по самостоятельной работе студентов, которые реально показывали бы студенту не только что, но и как он должен самостоятельно сделать.

Блок информации, предусмотренный циклом, позволит выпускникам оказывать квалифицированную помощь.

#### **Список литературы:**

1. Инновационные образовательные технологии в непрерывном образовательном процессе / Крючкова А.В., Князева А.М., Кондусова Ю.В., Семынина Н.М., Полетаева И.А., Князев А.В., Булат М.В. // Уральский научный вестник. 2018. Т. 7. № 1. С. 079-081.
2. Электронное издание на основе: Научная организация учебного процесса : учебное пособие / В. А. Белогурова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. -ISBN 978-5-9704-1496-5.

## РАЗВИТИЕ МЕТАКОГНИТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ УЧАЩИХСЯ-МЕДИКОВ КАК ДЕТЕРМИНАНТА И АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ

**Волознева И. Л.** магистр психологических наук, преподаватель высшей квалификационной категории УО «Витебский государственный медицинский колледж имени академика И.П. Антонова»

**Аннотация:** данная статья посвящена актуальным вопросам профессиональной подготовки медицинских работников. Она содержит результаты анализа теоретических и практических аспектов формирования и развития метакогнитивных способностей в процессе профессиональной подготовки учащейся молодёжи.

**Ключевые слова:** профессиональные качества медицинского работника, профессиональная компетентность, метакогнитивные способности, рефлексия, саморефлексия.

**Актуальность** детерминирована необходимостью разработки и применения в педагогической практике технологий метакогнитивного обучения.

**Цель работы** - исследовать метакогнитивные способности учащихся и сформировать психологически обоснованную модель процесса развития рефлексии как детерминантной составляющей профессиональной компетентности учащегося медицинского колледжа.

**Гипотеза** - успешность профессионального становления учащейся молодёжи (на примере учащихся - будущих медиков) зависит от уровня развития метакогнитивных способностей индивида, в частности от сформированности рефлексии.

**Объект исследования** – метакогнитивные способности учащихся-медиков.

**Предмет исследования** – развитие метакогнитивных способностей учащихся-медиков (комплексное изучение рефлексии как свойства и степень ее развития у учащихся).

**Задачи:** изучить аспекты и особенности формирования и развития метакогнитивных способностей в процессе профессиональной подготовки учащейся молодёжи; сформировать психологически обоснованную модель процесса развития рефлексии как детерминантной составляющей профессиональной компетентности учащегося медицинского колледжа.

**Методы исследования:** анализ и обобщение изучаемой литературы; психологическое тестирование; математико-статистический анализ; корреляционный анализ.

**Эмпирическая база исследования:** исследование проводилось на базе медицинского колледжа. Респонденты – учащиеся колледжа.

Проведенный анализ научной литературы позволил структурировать профессиональную рефлексию учащегося - медика: - мотивационный (потребности, мотивы, ценностные ориентации); - технологический и оценочный (умения и навыки, позволяющих давать объективную оценку своей деятельности и себе);- креативный (реальная и потенциальная креативность), включающего интеллектуальные способности и личностные качества, позволяющие осуществлять творческую медицинскую деятельность; - коммуникативный (способность понимать самого себя, других людей, прогнозировать их поведение и деятельность).

### **Выводы**

1. Рефлексивные процессы входят в состав метакогнитивного опыта и определяются как «произвольный интеллектуальный контроль».
2. Успешность профессионального становления зависит от уровня развития метакогнитивных способностей индивида, в частности от сформированности рефлексии.
3. Профессиональная рефлексия представляет собой психологический механизм профессионального самосовершенствования и самоактуализации, проявляющийся в способности занимать аналитическую позицию по отношению к себе и профессиональной деятельности.
4. Основными критериями развития профессиональной рефлексии являются: сформированность способов и приёмов рефлексии; активность обучающегося, обусловленная потребностью в рефлексии; сформированность компонентов психологической готовности к профессиональной деятельности; динамика личностного изменения; степень удовлетворённости собой в процессе установления соответствия "образа Я" и "образа профессии".
5. Профессиональная рефлексия развивается на основе личностной рефлексии и её формирование осуществляется посредством психологической апелляции к личности учащегося.
6. Учащаяся молодёжь имеет дефицит знания относительно возможности самокоррекции своих метакогнитивных способностей, что детерминирует необходимость разрабатывать и внедрять рекомендации по развитию метакогнитивных способностей.

6. Для повышения профессиональной компетентности и личностной успешности медицинского работника следует целенаправленно развивать рефлексивные способности.
7. Общая стратегия профессионального формирования и развития детерминирует включение метакогнитивного обучения в учебный процесс при профподготовке специалистов.
8. Формированию профессиональной рефлексии учащихся способствует создание комплекса психологических, социально-психологических и педагогических условий, инициирующих и стимулирующих выход обучающегося в рефлексивную позицию. Образовательной формой, в которой соблюдаются эти условия, может быть рефлексивный практикум.
9. Процесс развития рефлексии учащихся может быть эффективным, если: - модель этого процесса будет включать этапы развития личностной рефлексии, собственно профессиональной рефлексии и метарефлексии; - в процессе их профстановления будет создан и реализован комплекс условий, предусматривающих: - актуализацию потребности учащихся в профессиональном самопознании и саморазвитии; - выход учащихся в активную рефлексивную позицию; - инициирование и стимулирование рефлексивного опыта в процессе профессионально-образовательной деятельности.
10. Успешность личностного и профессионального становления зависит от уровня развития метакогнитивных способностей индивида, в частности от сформированности рефлексии.

Формированию профессиональной рефлексии учащихся - медиков способствует создание комплекса психологических, социально-психологических и педагогических условий, инициирующих и стимулирующих выход обучающегося в рефлексивную позицию. Образовательной формой может быть рефлексивный практикум.

Научно - психологическая модель процесса развития метакогнитивных процессов (фор-мирования профессиональной рефлексии) включает 3 взаимосвязанных и дополняющих друг друга этапа: 1 этап - развитие личностной рефлексии; 2 этап - развитие профессиональной рефлексии; 3 этап - развитие метарефлексии.

Развитию рефлексии (и профессиональной рефлексии) у учащихся-медиков способствует создание комплекса психологических, социально-психологических и педагогических условий в средне - специальном учебном заведении (ССУЗ).

В частности:1) усиление практической направленности преподавания социально-психологических курсов и расширения их связи с клиническими дисциплинами в процессе профессиональной подготовки учащихся-медиков, решение проблемных

ситуаций; введение в программу профессиональной подготовки учащихся – будущих медработников специальных курсов и тренингов для развития рефлексивных способностей и взаимодействия; введение диагностики метакогнитивных способностей в систему профориентации и профотбора и на этапе профориентации и отбора абитуриентов в ССУЗ медицинского профиля.

#### **Список литературы:**

1. Величковский Б.М. Когнитивная наука: Основы психологии познания: в 2 т.; 2-ой том. М.: «Смысл», 2006. 432 с.
2. Карпов А.В., Скитяева И.М.. Психология метакогнитивных процессов личности. М.: Институт психологии РАН, 2015. 420 с.

### **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ**

**Горбунова О. Е.** преподаватель ГБУ «Астраханский Базовый Медицинский Колледж», г. Астрахань

**Аннотация:** объективные закономерности развития клинической помощи выдвигают важную проблему – проблему неотложной медицинской помощи больным. Доказательством актуальности ее является организация реанимационных отделений. Следует, однако, отметить, что количество больных, нуждающихся в неотложной медицинской помощи, значительно превосходит число реанимационных коек в больницах. Поэтому не только врачи, но и медсестры обязаны знать и уметь оказывать неотложную медицинскую помощь больным во всем объеме на местах. Данное обстоятельство возлагает очень большую ответственность и делает необходимым решение ряда принципиально важных вопросов в этой сложной области практической деятельности.

**Ключевые слова:** медицинская сестра, неотложная медицинская помощь, алгоритмы.

Медицинская сестра в каждодневной практической деятельности зачастую сталкивается с острыми состояниями, которые в свою очередь, требуют проведения неотложной терапии. Диагностика неотложных состояний выступает значимой и ответственной задачей. Для точного диагностирования состояния пациента требуется ориентироваться во множестве симптомов разнообразных болезней.

К неотложным относятся мероприятия, которые необходимо обязательно выполнить на первом этапе медицинской эвакуации. Система предоставления неотложной помощи должна быть организована согласно разработанным алгоритмам предоставления неотложной помощи.

В частности, обструкция дыхательных путей требует реализации всего комплекса реанимационных мероприятий, так как прекращение дыхания приводит к остановке сердца. Необходимо купировать аспирацию и выявить причину ее возникновения.

При попадании инородного тела, если сознание сохранено и человек пребывает в положении стоя либо сидя, необходимо подойти к нему сзади и нанести 3-4 коротких, однако довольно мощных удара по межлопаточной области. Иной вариант – придерживая пациента за область эпигастрия и обхватывая его на уровне середины грудной клетки, толчкообразно сжать грудную клетку, обеспечивая выдох и смещение инородного тела в рот, таким образом, создавая возможность вдоха для дальнейшего эвакуирующего кашлевого толчка [1].

Если к моменту прибытия врача пациент уже находится без сознания и расположен на полу, иногда достаточно применить прием Хаймлиха – нанести несколько энергичных толчков сложенными ладонями на область эпигастрия, чтобы обеспечить смещение инородного тела, obtурирующего верхние дыхательные пути, и выдавить его в рот пациента либо, повернув пациента набок (к себе) с упором в колени, нанести 2 – 3 коротких удара по межлопаточной области.

При высокой лихорадке сестринское вмешательство, прежде всего, заключается в следующем: обеспечить пострадавшего теплым помещением и постелью. Укрывать больного одеялами при ознобе. Расположить грелки у конечностей и в районе поясницы. Подвесить пузырь со льдом под головой пациента (на 7 – 10 см над головой – на 20 минут, через 15 минут можно повторить). Наблюдать за физиологическими отправлениями (очистительная клизма – при отсутствии стула). Протирать полость рта. Наблюдать за пульсом, ЧДД, АД. Приготовить для введения 2 мл 50% раствора анальгина, 1 мл 1% раствора димедрола по назначению врача [3].

При острой боли в сердце (инфаркт миокарда) сестринское вмешательство заключается в следующем: установить строгий постельный и эмоциональный покой. Незамедлительно вызвать врача. Дать под язык нитроглицерин повторно (через 3 – 5 мин), если АДС более 100 мм рт. ст. Подать увлажненный кислород. Дать разжевать 0,25 г. ацетилсалициловой кислоты. Также необходимо приготовить: жгут, шприцы; промедол;

баралгин; димедрол; дроперидол; лидокаин; строфантин; допамин; фентанил; лазикс; гепарин; реланиум; атропин; пеногаситель (антифомсилан).

При обмороке, сопровождающемся потерей сознания до 20 минут, сестринское вмешательство заключается в следующем: Уложить больного горизонтально с приподнятыми ногами (на 30°) без подголовника. Расстегнуть стесняющую одежду. Обеспечить доступ свежего воздуха. Обрызгать лицо холодной водой, похлопать по лицу. Дать вдохнуть пары нашатырного спирта. Если сознание не возвращается, вызвать врача. По назначению врача ввести 1 мм 10% раствора кофеина бензоата или 2 мл кордиамина. Приготовить следующие препараты: эуфиллин, атропина сульфат, если обморок вызван полной поперечной блокадой сердца (решает врач).

При проведении искусственной вентиляции легких, наиболее эффективным является прием – «изо рта в рот» или «изо рта в нос». Прижимают крылья носа и, обхватывая губами рот пациента, делают один-два энергичных коротких выдоха в рот пациента. Необходимо соблюдать частоту искусственной вентиляции легких, которая составляет 12-20 вдуваний в минуту.

Восстановление кровообращения при оказании неотложной медицинской помощи производят с помощью метода непрямого массажа сердца: уложить пострадавшего на твердую поверхность; точкой приложения силы является нижняя треть грудины; ладони накладываются друг на друга под прямым углом; руки выпрямляются в локтях; нажатие смещает грудину на 4 – 6 см, что соответствует усилию 8 – 9 кг; частота компрессий составляет 80-100 в одну минуту. Продолжают реанимационные мероприятия до восстановления сердечной деятельности и самостоятельного дыхания или до приезда врачей [2].

Нередко в жизни возникают ситуации, при которых развиваются неотложные состояния, то есть состояния угрожающие жизни. Своевременно оказанная неотложная помощь медицинской сестрой при неотложных состояниях помогает сохранить человеческую жизнь.

Необходимо подчеркнуть следующее: ничто из перечисленного не заменяет и никогда не сможет заменить самой медсестры. Уход за больными должен осуществляться не только «по инструкции». В нем, прежде всего, должно проявляться «милосердие» медицинской сестры. Только участливое, заботливое обращение с больными обеспечит успех любой терапии, и тем более неотложной. Чем тяжелее состояние больного, тем упорнее медсестры обязаны бороться за его выздоровление. И роль медсестры в этой борьбе невозможно переоценить.

Наступило время, когда в медицинских училищах будущие медсестры должны обучаться всем методикам неотложной помощи. Внимание этой проблеме должно быть уделено и на курсах усовершенствования.

#### **Список литературы:**

1. Вялов С. С. Общая врачебная практика. Неотложная медицинская помощь: моногр. / С.С. Вялов. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. - 112 с.
2. Красильникова И. М. Неотложная доврачебная медицинская помощь. Учебное пособие / И.М. Красильникова, Е.Г. Моисеева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 192 с.
3. Основы сестринского дела. В 2 т. Том 1: учебник и практикум для СПО / В. Р. Вебер [и др.]; под ред. Г. И. Чувакова. — М.: Юрайт, 2018. — 330 с.

### **К ВОПРОСУ ОБ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ГЕМОКОНТАКТНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ**

*Гриднева Л. Г. к.м.н., преподаватель кафедры ОСД ИСО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж*

*Барабанова Л. В. ассистент кафедры ОСД ИСО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж*

*Лямзина Е. В. преподаватель кафедры ОСД ИСО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж*

*Черноярова А. И. студентка 1 курса отделения СМиФО ИСО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж*

**Аннотация:** В статье раскрываются вопросы профилактики гемоконтактных инфекций путем использования различных модификаций современных медицинских шприцов и контейнеров для транспортировки пробирок и флаконов. Оснащенность лечебных организаций современными изделиями медицинского назначения, их грамотное использование сестринским персоналом позволяют минимизировать риски производственного травматизма и обеспечить безопасную среду для пациента и персонала.

**Ключевые слова:** медицинские шприцы, укладки-контейнеры, медицинские сестры, безопасная медицинская среда.

Эффективность лечебных стационарных мероприятий в настоящее время во многом определяется парентеральным способом введения лекарственных средств. А современная медицина немислима без исследования крови, которую чаще всего получают путем венопункции. Это содержит определенные риски производственного травматизма и

заражения, прежде всего процедурных медицинских сестер возбудителями внутрибольничных инфекций, передающихся через кровь [1].

В разные периоды предлагались определенные мероприятия нормативного или технического характера, стремящиеся быстро и надежно утилизировать обнаженную использованную иглу: запрещалось надевать колпачок на отработанную иглу, снимать ее руками с подыгольного конуса; предлагалось работать с иглосъемниками, иглодеструкторами, иглообламывателями [4]. Производители шприцов стали выпускать их с прикрывающими иглу клипсами, с автоматически убирающейся иглой. И, наконец, широкое применение получают вакуумные пробирки различной модификации.

Одним из принципиально новых широкомасштабных направлений профилактики гемоконтактных инфекций и создание безопасной среды для пациента и персонала является внедрение в повседневную практическую деятельность медицинских шприцов нового поколения [5].

Новая категория одноразовых шприцов, их третье поколение, называют самоблокирующимися [6]. С виду они похожи на обычные стандартные одноразовые аналоги, но внутри имеются существенные отличия. После обычного набора лекарственного средства и традиционного выполнения инъекции, извлекают шприц из тканей пациента и приступают к демонтажу шприца нового типа.

Дело в том, что такие шприцы оснащены специальным приспособлением, позволяющим после инъекции сцепить поршень цилиндра с иглодержателем. Потянув поршень на себя, полностью втягивают иглу внутрь цилиндра шприца. Далее, выступающую часть поршня обламывают и выбрасывают, оставляя в цилиндре сцепленную часть поршня с иглодержателем и постинъекционную иглу [3].

Таким образом, цилиндр шприца надежно удерживает внутри себя опасный колющий предмет, а деформированный шприц никаким образом не может быть повторно использован. Затем основная часть использованного шприца и обломанный поршень собираются и утилизируются как отходы класса Б или В.

Считается, что самые опасные действия в работе с только что отработанным шприцем включают в себя отсоединение иглы от шприца путем снятия ее с подыгольного конуса. Это нельзя делать руками даже в перчатках, так как такое действие считается небезопасным в плане инфицирования гемоконтактными вирусами.

Если все шприцы условно разделить на три группы (поколения), то шприцы первой группы были многоразовые (стеклянные), второй – одноразовые (пластиковые), третьей – самоблокирующиеся, одноразовые, пластиковые. У шприцов первой группы иглы имели

металлическую квадратную канюлю (муфту) и ее легко можно было после инъекции отсоединить медицинским пинцетом. У шприцов второй группы канюля имеет вид гладкого усеченного конуса. Именно поэтому для разборки шприца используют в настоящее время иглосъемники самых разных модификаций. А вот у шприцов третьей группы игла просто втягивается внутрь цилиндра шприца.

Важно отметить, что соблюдение алгоритма выполнения инъекций и наличие достаточного количества отечественных иглосъемников минимизировали риск профессионального инфицирования. Однако ВОЗ рекомендует странам с высоким уровнем потребления наркотических средств полностью переходить на эксплуатацию самоблокирующихся шприцов.

Другое принципиально новое лабораторно-диагностическое направление – вакуумные пробирки [5]. Их преимущество не только в том, что сведен к минимуму риск инфицирования сестринского персонала, но и высоко качество набранной крови, обеспечены оптимальные условия ее хранения.

Вакуумные системы предусматривают наличие иглодержателя с двусторонней иглой и набора вакуумных пробирок с пробками определенного цвета и возможным консервантом для хранения крови, взятой на узконаправленное исследование.

Следует отметить, что производители вакуумных систем для забора крови стремятся совершенствовать выпускаемую продукцию, делая ее более надежной и удобной, а медицинские сестры, в свою очередь, совершенствуют алгоритм выполнения манипуляции.

Не менее важным вопросом является способ доставки крови в лабораторию, что как правило, выполняют процедурные сестры. В последнее время крупные медицинские организации используют сертифицированные контейнерные укладки производства ЗАО «КРОНТ-М» – современной компании реализующей Конструирование, Разработку, Оборудование, Научные Технологии [2]. Их герметичные контейнера сделаны из ударопрочного пропилена, устойчивого к термическим (до 121°C), химическим (дезинфицирующие средства) и механическим (до 12 кг) воздействиям. Контейнеры укладки УКП-01-КРОНТ выпускаются в виде двух модификаций – укладка УПК-50-01 и УПК-100-01 – соответственно с одним или двумя штативами для пробирок и медицинских флаконов.

Контейнеры-укладки практичны, надежны, имеют современный дизайн, удобны в применении. Их основные преимущества – герметичность, которая достигается благодаря наличию плотно прилегающей крышки, пластиковых замков и возможности установки

пломбы, а также сохранность биологических материалов от воздействия окружающей среды. УПК-КРОНТ отвечают современным требованиям санитарно-эпидемиологической безопасности. Они могут быть продезинфицированы, простерилизованы в щадящем режиме и практически исключают риски заражения медицинского персонала на этапе транспортировки биологического материала из отделения в лабораторию.

Таким образом, в настоящее время сохраняют актуальность вопросы гемоконтактного внутрибольничного инфицирования во многом, решить которые помогает использование современных изделий медицинского назначения: шприцов нового поколения, вакуумных пробирок, транспортировочных контейнерных упаковок. Задача персонала, работающего с этим оснащением – рационально и грамотно его использовать, обеспечивая безопасную больничную среду.

#### **Список литературы:**

1. Гриднева Л.Г. Некоторые аспекты профилактики гемоконтактных инфекций у процедурных медицинских сестер / Л.Г. Гриднева, А.В. Крючкова, Ю.В. Кондусова, Т.И. Золоторева / Сборник VI региональной научно-практической конференции «Проблемы и перспективы развития сестринского дела: наука, образование, практика». – Воронеж, 2016. – С. 28-31.
2. Контейнеры-упаковки для транспортировки пробирок и флаконов (УКП) – URL: <https://zdravtorg.ru/konteynery-ukladki-ukp>
3. Крапивина А.С. О новой категории медицинских шприцев / А.С. Крапивина, К.В. Кабалдина, Н.Н. Анучина, Л.Г. Гриднева // Молодежный инновационный вестник// Материалы XIV Всероссийской Бурденковской научной конференции. – Воронеж, 2017. – Том VII, приложение 2018. – С. 342-343
4. Крючкова А.В. К вопросу о профилактике профессионального инфицирования медицинских работников / А.В. Крючкова, Л.Г. Гриднева, Т.И. Золоторева // Материалы II региональной научно-практической конференции «Проблемы и перспективы развития сестринского дела: наука, образование, практика». – Воронеж, 2011. – С. 70-76.
5. Техника взятия венозной крови. – URL: <https://www.youtube.com/watch?v=6urNuJyg0Ks>
6. Шприцы III поколения. – URL: <https://www.youtube.com/watch?v=QIJSEvOzRVc>

#### **К ВОПРОСУ О ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА**

**Гриднева Л. Г.** к.м.н., преподаватель кафедры ОСД ИСО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

**Крючкова А. В.** к.м.н., доцент, зав. кафедрой ОСД ИСО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

**Князева А. М.** к.м.н., ассистент кафедры ОСД ИСО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

**Фадеева Е. А.** студентка 1 курса отделения СМиФО ИСО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

**Аннотация:** В статье раскрываются вопросы подготовки специалистов сестринского дела в современных условиях. Отражена важность осуществления как традиционного подхода, так и инновационных направлений, учитывающих особенности жизни современных студентов. Отмечена необходимость проведения воспитательной работы с будущими медиками.

**Ключевые слова:** средства, методы и приемы обучения и воспитания студентов.

Как правило, связывают свою жизнь с медициной лучшие выпускники школ, ведь работают в этих отраслях не из корысти, а по призванию. Работа с людьми, «жизнь на виду», необходимость постоянного совершенствования, профессионального роста, служения - требуют много сил и времени, а работа без интереса и вдохновения может обернуться так называемым симптомом выгорания. В медицине требуются глубокие, постоянно пополняемые знания, огромная ответственность, чуткость, терпение, доброта, сочувствие, сопереживание, соучастие, самоотдача.

Современное студенчество, как, впрочем, и ритм жизни, отличается от поколений прошлых лет. Это «гаджетный» человек, зачастую плохо пишущий, быстро отвлекающийся, быстро переключающийся, любящий больше смотреть, чем читать и думать. И задача педагога заинтересовать ум и душу студента, увлечь его своим предметом, заставить прочитать домашнее задание, мотивировать необходимость добросовестной учебы и стремление отложить крепкие знания в долговременную студенческую память. Здесь нужен творческий подход.

На наш взгляд, с одной стороны необходимо придерживаться среднего пути в дихотомии «наказание-поощрение», а с другой – поддерживать постоянный интерес к преподносимой информации, не давая студенту расслабиться. В идеале все должно быть «сегодняшним», немного не так как в прошлый раз, чуть-чуть другим, но главное – интересным. И чтобы работала вся группа.

Конечно, имеет значение курс, то есть уровень профессиональных знаний, возраст аудитории. Студенты младших курсов более пластичны, послушны, внушаемы, идеалистичны и романтичны. Им присущ юношеский максимализм, преувеличение своих

возможностей. Поэтому, хорошо контрастировать методы, приемы и средства обучения, образования и воспитания.

Прежде всего, должен быть высокий ориентир, общепризнанный авторитет. Это, конечно же, исторические личности в специальности и современные деятели [1]. Так в сестринском деле – практически единственная святая сестра милосердия – Великая княгиня Елизавета Феодоровна Романова, настоятельница собственной Марфо-Мариинской обители милосердия, молитвы и труда. Кроме того, в сестринском деле имеется своя официальная философия и свой «Этический Кодекс», о которых необходимо периодически напоминать и на которые следует эпизодически ссылаться.

Игровые технологии могут занимать видное место во время продолжительных групповых практических занятий [2]. В хорошую игру интересно играть всем. Моменты – «представьте себя тем-то» или Вы «будете кем-то», к Вам «обратился тот-то» – неизменно вызывают оживление в аудитории.

Неотъемлемая составляющая сегодняшней практики – тестовые задания. К ним можно по-разному относиться, но они помогают сделать акцент на мелочах, вникнуть в частности. Тестовые задания, выполненные в правильных условиях, предупреждающих списывание, позволяют более объективно и быстро оценить знания большого числа студентов, их готовность к предмету. Однако, очень многое зависит от степени сложности тестов, количества правильных вариантов ответов и особенности их оформления. Бывают ситуации, когда человек, хорошо знающий раздел, может сделать большое число ошибок.

Можно использовать во благо и телефоны: во время практического занятия: например, посмотреть необходимую картинку или какой-нибудь нормативный документ, или мгновенно распространить через сеть только что небольшой по объему сфотографированный текст. Студентам нравится такое переключение и они охотно используют свои гаджеты с образовательной целью.

Общепринято, что лучше всего запоминается то, что сделано самостоятельно своими руками. Поэтому упражнения на муляжах или их аналогах и занятия в манипуляционных центрах дают прекрасные результаты. Студенты жаждут практической реализации своих теоретических знаний, поэтому такие занятия, как правило, проходят более оживленно и продуктивно.

Записывание, выписывание, конспектирование, письменное выполнение домашних заданий, также улучшает усвоение теоретического материала. Например, при изучении алгоритмов сестринских манипуляций можно вести «Папку профессионала», фиксируя дома при подготовке к практическому занятию этапы выполнения процедуры.

Модульно-рейтинговая система образования, регулярное обязательное проведение оценочных коллоквиумов также позволяют улучшить усвоение предметов.

Дистанционное обучение и образование минимизируют непосредственное участие педагога в образовательном процессе, повышая роль самообразования через печатные издания и интернет ресурсы. В последние годы в воронежском медицинском университете активно функционирует система электронно-дистанционного обучения – Moodle. Первые буквы английского слова расшифровываются как Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment, то есть, «модульная объектно-ориентированная динамическая обучающая среда». В этой виртуальной обучающей среде университета студенты знакомятся с разного рода информацией, заложенной в обучение разработавшими курс педагогами.

Следует констатировать, что одним из эффективных и надежных подходов обучения является принцип повторения материала, которое по праву считается основой обучения. В идеале все и всегда можно повторять. Подходя к проблеме с разных позиций, актуализируя тему, раскладывая ее на составляющие, можно рассчитывать на гарантированный успех.

Важным аспектом современной педагогики, на наш взгляд, является лаконичность, краткость и глубина изложения. Поэтому перед изучением темы необходимо сделать вступление, лучше интригующее, а после подробного изложения материала, подвести итог сказанному в виде резюме, вывода, заключения.

В последние годы вошло в практику выполнение коллективных рефератов по определенным разработанным требованиям в научном стиле: определенного объема, с постановкой цели и задач исследования, выводами, правильным оформлением использованной литературы по ГОСТу. Последующая защита темы, ее презентация предполагает формирование навыков исследовательской деятельности и публичного выступления.

В образовательном пространстве ВГМУ им. Н.Н.Бурденко, помимо стандартных учебных программ, используются факультативные подходы формирования духовно-нравственной культуры студента – музейная педагогика, паломнические поездки сотрудников и студентов, функционирует секция «православие и наука». Каждую неделю в медицинском университете на кафедре философии и гуманитарной подготовки проходят встречи клуба «Лекарь» с богословами, священниками, педагогами, психологами, православными врачами. Клуб возник в 2004 году по студенческой инициативе и

возглавляется бывшим выпускником педиатрического факультета вуза, нынешним иереем Павлом (Семёновым).

В 2005 году руководство Воронежской Медицинской академии подписало договор о сотрудничестве с Воронежской и Борисоглебской епархией для объединения усилий в деле духовно-нравственного воспитания студентов. В рамках этого документа в институте сестринского образования было осуществлено два выпуска сестер милосердия (в 2006 и 2007 году начавших свое обучение), способных сочетать грамотную сестринскую помощь с милосердным и бескорыстным христианским подходом. С октября 2009 года проходят церковные службы в университетском домовом храме во имя апостола и евангелиста Луки. Храм активно посещают сотрудники и многочисленные гости. Многие важные мероприятия медицинского вуза проходят с участием священников.

В университете функционирует волонтерское движение «Млечный путь», проводится целый ряд студенческих проектов и акций: «Дни милосердия», «Дни здоровья», акции «Здоровый ребенок», «Измерь свое давление», «Стоп, рак», «Здоровье – это здорово!», «Воронеж – территория здоровья» и многие другие. Студенты под руководством преподавателей выступают, готовят информационные брошюры и буклеты для пациентов, проводятся мастер-классы. Руководители департамента здравоохранения, лечебных и образовательных организаций города поддерживают подобные мероприятия, облегчая условия их проведения.

Не последнюю роль в процессе обучения играет и система поощрения или наказания [3]. Студенты, отлично сдавшие промежуточные коллоквиумы и активно проявляющие себя в мероприятиях, проводимых в университете или на кафедрах, автоматически получают отличную оценку за зачет или экзамен. С другой стороны, разработана система отработок, пересдач отдельных занятий, тем или дисциплины в целом.

Таким образом, только комбинируя и широко используя различные средства, методы и приемы обучения и воспитания будущих специалистов, можно гарантировать высокий уровень их профессиональной подготовки и правильной жизненной установки.

#### **Список используемых источников**

1. Педагогика профессионального образования: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / [Е.П. Белозерцев, А.Д. Гонеев, А.Г. Пашков и др.]; под ред. В.А. Сластенина. – 4-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 368 с.
2. Семынина Н.М. Использование деловых игр при обучении в медицинском ВУЗе / Н.М. Семынина, А.В. Крючкова, Ю.В. Кондусова, И.А. Полетаева, А.М. Князева, Л.Г.

- Гриднева. – Электронный научный журнал №4 (7), 2016. -- С. 360-366.
3. Столяренко Л.Д. Педагогика в вопросах и ответах: учебное пособие. – М.: Проспект, 2016. – 160 с.

## **СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В РЕФОРМИРОВАНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**Грузневич А. П.** к.м.н., доцент, преподаватель УО «Витебский государственный медицинский колледж имени академика И.П. Антонова», Витебск, Беларусь

**Аннотация:** статья посвящена роли среднего звена медицинского персонала в оказании доступной и качественной медицинской помощи населению в рамках реформирования системы здравоохранения Республики Беларусь. Обосновано возрастание потребности современного общества в гуманизации сестринского дела. Приведены документы Министерства здравоохранения Беларуси по оптимизации соблюдения должностных обязанностей и требований норм медицинской этики и деонтологии медицинскими работниками.

**Ключевые слова:** реформирование здравоохранения, сестринское дело. Медицинская этика и деонтология медицинских работников.

Реформирование системы здравоохранения Республики Беларусь направлено на обеспечение доступности и качества, предоставляемых населению медицинских услуг, на усиление его профилактической направленности. Однако решить задачи оптимизации медико-социальной помощи представляется практически невозможным без полноценного участия специалистов, имеющих среднее и высшее медицинское образование по специальности «сестринское дело», которые составляют самую многочисленную категорию работников здравоохранения.

Сестринское дело - это социально-трудовой процесс, направленный на медицинское выявление проблем человека (пациента), связанных с квалифицированной помощью и социальной поддержкой общего состояния здоровья. Сестринский процесс предусматривает четкую схему действий, выполняемых медицинской сестрой по отношению к пациенту с целью предупреждения и уменьшения до минимума возникших проблем, связанных со здоровьем. Каждый этап этого процесса является существенной стадией в решении основной проблемы - лечения пациента и должен реализовываться в тесном единстве с пациентом. Активное участие медицинских сестер в формировании здорового образа жизни населения существенно влияет на переориентацию традиционной

лечебной функции медицины, на функцию профилактическую, как более гуманную, эффективную и экономичную. Вместе с тем, внедрение в лечебно-диагностический процесс высоких медицинских технологий, сложной медицинской техники и современного оборудования создало предпосылки для умаления значимости медицинской сестры как представителя одной из важнейших профессий в сфере медицины. Значение среднего медицинского персонала в здравоохранении существенно снижалось, иногда игнорировалось. Роль медицинской сестры стала сводиться к набору характеристик, свидетельствующих об отношении населения к среднему медицинскому персоналу, как к манипуляторам определенных профессиональных действий. Аналогичное представление доминировало среди самих носителей этой профессии. Милосердие, сопереживание, служение зачастую рассматривались как архаизм сестринского дела. Пациенты стали ощущать дефицит внимания, а их отношения с медицинским персоналом приобретали формальный характер. Снижение внимания к личности медицинских работников и пациентов привело к размыванию гуманистической составляющей сестринской профессии. Хотя в условиях непосредственного контакта с пациентом при уходе, формировании здорового образа жизни, профилактике заболеваний, милосердие, сострадание, духовность по-прежнему востребованы пациентами и являются основой сестринского дела. Именно эти качественные характеристики профессии медицинской сестры являются ключевыми и позитивно влияют на формирование медицинской активности пациентов.

Гуманное и доброжелательное отношение медицинской сестры оказывает огромное влияние на состояние здоровья пациента. Поэтому в позитивном изменении медико-социальной поддержки населению, особую роль играет медицинская этика и деонтология сестринской профессии. Биоэтика, как область осмысления, обсуждения и разрешения моральных проблем, порожденных новейшими достижениями биомедицинской науки и практикой здравоохранения, также включает круг этических проблем во взаимодействии медицинской сестры и пациента. Сестринское дело неразрывно связано с обучающей и психолого-коррекционной функцией, что является весьма важным аспектом социальной роли медицинской сестры. Ответственность, эффективности выполнения медицинскими работниками своих должностных обязанностей, этическая составляющая профессиональной деятельности, доверие граждан к системе здравоохранения находятся в сфере пристального внимания государства.

В целях совершенствования оказания медицинской помощи, реализации задач, поставленных в ежегодном Послании Президента белорусскому народу и Национальному

собранию в 2017 году, Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016 – 2020 годы, Приказом министерства здравоохранения Республики Беларусь №177 от 27.02.2018г. утверждено Положение о враче общей практики. Приказом министерства здравоохранения Республики Беларусь №842 от 22.08.2018г. утверждены примерные формы должностных инструкций медсестре участковой, медсестре общей практики, помощнику врача по амбулаторно-поликлинической помощи и медицинской сестре (старшей). При этом в перечисленных должностных инструкциях основанием для учета и анализа качества медицинской помощи населению вышеназванными специалистами является соблюдение должностных обязанностей и требований норм медицинской этики и деонтологии. Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 августа 2018 г. № 64 «О Правилах медицинской этики и деонтологии» принята совокупность правил, норм и принципов поведения медицинских, фармацевтических работников при выполнении ими должностных обязанностей. Этот документ дополняет «Кодекс профессиональной этики медицинской сестры», разработанный Белорусским общественным объединением медицинских сестер (БелООМС).

Таким образом, в условиях социально экономического и административного реформирования системы здравоохранения Республики Беларусь стратегия развития сестринского дела становится социально приемлемой и гарантирует качество и доступность медицинской помощи населению.

#### **Список литературы:**

1. Об организации работы врача общей практики: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 февраля 2018г. № 177. Режим доступа: [minzdrav.dov.by](http://minzdrav.dov.by).-Загл. С экрана
2. Об утверждении должностных инструкций: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 августа 2018г. № 842. Режим доступа:[https://redistr.by/doc/1810383 / doc-1116242-backrefs-1](https://redistr.by/doc/1810383/doc-1116242-backrefs-1).- Загл.с экрана

## **КОММУНИКАТИВНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНЫЙ ПОДХОД КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ УЧАЩИХСЯ ОТДЕЛЕНИЯ “СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО”**

Денисова С. Д. магистр, заместитель директора по учебной работе учреждения образования «Витебский государственный медицинский колледж имени академика И.П.Антонова», Витебск, Беларусь

**Аннотация:** в статье рассмотрены вопросы организации учебного занятия с учащимися медицинского колледжа с целью развития профессиональной мотивации у будущих медицинских сестер, приведены примеры форм проведения мероприятий, направленных на достижение поставленных целей.

**Ключевые слова:** учебное занятие, коммуникация, коммуникативность, практическая ценность знаний.

### **Актуальность.**

В реализации задач, которые стоят сегодня перед учреждениями образования, обеспечивающими получение среднего специального образования, важное место занимают учебные дисциплины, развивающие у учащихся умение вступать в коммуникацию, вести диалог. Процесс обучения необходимо организовать так, чтобы учащиеся получили не только узкоспециальные знания, но и развивали мышление, творческие способности и кругозор. В профессиональной деятельности медицинской сестры значительную роль играет умение вести диалог с пациентом, разъяснять проблемные вопросы, давать грамотные ответы. Качественно такую работу может проводить только человек, который на протяжении обучения работал над совершенствованием своих коммуникативных навыков в процессе изучения учебных дисциплин.

В процессе обучения значительную роль играет речевая культура как преподавателя, так и учащегося. Язык является важнейшим средством формирования культуры личности, её мировоззрения и интеллекта. Говоря про развитие личности, необходимо помнить, что творческую личность можно воспитать только в процессе активной, творческой деятельности

### **Материалы и методы, результаты.**

Обучение осуществляется сегодня только при наличии целенаправленной и осмысленной коммуникации преподавателя и учащегося. Именно поэтому сегодня уделяется значительное внимание коммуникативно-деятельностному подходу в образовании.

Коммуникативно-деятельностный подход -это тот способ организации учебных занятий, который соответствует основному назначению образовательного процесса – обучение и воспитание в интересах личности, общества, государства, направленные на усвоение знаний, умений и навыков, формирование гармоничной, всесторонне развитой личности учащегося. Коммуникативно-деятельностный подход развивает коммуникативные умения и навыки, помогает установлению эмоционального контакта между учащимися, обеспечивает воспитательную задачу, так как учит работать в команде, прислушиваться к мнению товарищей.

Создание на занятии различных учебных ситуаций с определенными коммуникативными намерениями имитирует реальный процесс отношений человека в обществе, моделирует в полной мере его речевое поведение. Поэтому в образовательном процессе целесообразно использовать приём описания коммуникативных ситуаций и включения их в ролевые игры.

Активно также используются ситуации, направленные на создание целостных связных высказываний. Надо практиковать проведение учебных занятий в форме пресс - конференций, круглых столов, заочных экскурсий. В таких случаях учащиеся оказываются в конкретной речевой макроситуации, стремятся использовать в процессе общения специальные термины, профессиональную лексику. Любая коммуникативная ситуация должна диктоваться потребностью практического усвоения учебного материала по той или иной теме.

В первую очередь способом обучения является сообщение преподавателя. Но слово преподавателя должно быть не сплошным монологом, а беседой с учащимися. При объяснении нового материала или каком-то ином сообщении необходимо обращать внимание учащихся на тот или иной факт, задавать вопросы, просить искать и находить доказательства для подтверждения высказываний. Занятие-лекция в чистом виде редко практикуется, хотя учащиеся после окончания средней школы в достаточной степени владеют навыками конспектирования.

Более продуктивным методом работы является эвристическая беседа. Значительная роль принадлежит преподавателю, если он включается в учебный диалог с учащимися на занятии. Диалог преподавателя и учащегося всегда лежит в основе обучения. Самым популярным вопросом на занятии должен быть вопрос “Почему?”. Поскольку именно такая постановка вопроса способствует поиску ответов, которых нет в готовом виде в учебниках и конспектах, заставляет учащихся анализировать, сопоставлять факты, рассуждать про особенности тех или иных явлений, определять Закономерности. Таким

образом, получается занятие-исследование, на котором учащиеся погружены в определение причинно-следственных связей, закономерностей.

Работа может быть более продуктивной при условии, если на занятии используется учебный диалог- такая форма обучения, при которой проблемные задачи ставятся в виде нерешённых парадоксов. Одним из главных условий при организации диалога является создание атмосферы доверия и доброжелательности, свободы и взаимопонимания, взаимного творчества равных и разных.

Помогут в формировании диалогических отношений между учащимися ролевые диалоги, работа в парах, придумывание разговора по телефону. Творческие задания учащиеся выполняют, опираясь на свои наблюдения, что развивает не только запас профессиональной лексики учащихся, но и их наблюдательность, умение видеть не только нарушения, но и положительные тенденции. Так, при изучении темы “Санитарно-гигиенические требования к учреждениям” учащиеся получают задание описать интерьер помещения, при этом они должны отметить его влияние на психо-логическое состояние работающих и пациентов, передать свои эмоции и ощущения.

Очень важным является развитие речевой культуры с опорой на тексты художественной литературы, так как при таком виде работы появляется возможность не только акцентировать внимание на определенных теоретических моментах, но и расширить кругозор учащихся, развить их интерес к чтению, анализу художественного произведения и его интерпритации, что особенно актуально в современном обществе.

### **Заключение.**

Коммуникативные технологии способствуют повышению качества знаний в соответствии с требованиями времени, являются практикоориентированными, что позволяет учащимся применять свои знания в обычной жизни.

Использование преподавателем коммуникативно-деятельностного подхода в преподавании способствует повышению уровня речевой культуры учащихся, развитию общественной активности учащихся в информационно-просветительской работе среди населения, усилению ответственности за собственное здоровье и жизнь окружающих.

### **Список литературы:**

1. Зайцев В.С. современные педагогические технологии: учебное пособие. –Книга 1. – Челябинск, ЧГПУ, 2012 - 411 с.
2. Лавлинский, С. П. Технология литературного образования. Коммуникативно-деятельностный подход. – Москва:Прогресс-Традиция, 2003.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

**Дрошнева Т. Н.** к.м.н., ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», Воронеж, Россия

**Крючкова А. В.** к.м.н., доцент, заведующая кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н.Бурденко», Воронеж, Россия

**Кондусова Ю. В.** к.м.н., доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», Воронеж, Россия

**Бакаева Н. С.** студентка 109 группы педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», Воронеж, Россия

**Аннотация:** в статье приведены данные анкетирования студентов-первокурсников по вопросам госпитальных инфекций и их профилактики. Отмечена ведущая роль знаний инфекционной безопасности пациента и медицинского работника с самых ранних этапов становления профессиональной деятельности.

**Ключевые слова:** медицинские работники, студенты первого курса, внутрибольничные инфекции (ВБИ), профилактика.

**Актуальность.** Как известно, в Российском здравоохранении большое внимание уделяется пациенту и его здоровью. И это, безусловно, правильно. Однако очень мало литературных источников, да и практических наблюдений, посвященных изучению отрицательных факторов, наносящих вред здоровью самих медицинских работников. Ответственность за свое здоровье еще не занимает значимого места в системе приоритетов медицинских сестер, врачей, их руководителей. Как пациентов, так и медработников часто подстерегает опасность заражения внутрибольничными инфекциями (ВБИ). Несмотря на достижения в области профилактики ВБИ, эта проблема не теряет своей актуальности [1,2].

Безусловно, важно поставить эту проблему как можно раньше перед будущими медицинскими работниками. В тематическом плане учебной практики «Общий уход за больными терапевтического и хирургического профиля» для студентов I курса лечебного,

педиатрического и медико-профилактического факультетов нашего ВУЗа этой актуальнейшей теме придается особое значение.

**Цель работы:** проанализировать уровень теоритических знаний студентов-первокурсников по вопросам ВБИ по прошествии полугода от начала изучения этой проблематики.

Материалы и методы. Нами проведено изучение «выживаемости знаний» масштаба проблемы структуры, звеньев эпидпроцесса и профилактики ВБИ. В анонимном анкетировании приняли участие 160 студентов первого курса 3-х факультетов ВГМУ им. Н.Н.Бурденко, проходивших учебную практику «Уход за больными терапевтического и хирургического профиля» -в 2018-2019 учебном году.

**Результаты и обсуждение.** Из 160 респондентов на вопрос: «Дайте определения ВБИ» абсолютно верно ответили 73%, остальные либо дали неточное определение, либо затруднились ответить. Структура ВБИ и распространенность проблемы как в России, так и в других странах знают-84% студентов. Отсутствие ВБИ в стационарах различного профиля большинство студентов связывают с безопасной больничной средой и хорошим инфекционным контролем в ЛПУ. Особое внимание уделили вопросам гнойно-септических заболеваний у новорожденных и пациентов хирургических отделений студенты педиатрического факультета. Об опасности распространения гемоконтактных инфекций (гепатитов с парентеральным путем передачи и ВИЧ) [2,3] , а также группах риска как среди пациентов, так и медицинских работников, осуществляющих инвазивные диагностические и лечебные манипуляции, операции - знают большинство (94%) респондентов.

В качестве возможных источников различных ВБИ были названы: другие пациенты-62% (контакты в палатах, процедурных и эндоскопических кабинетах и др.); медицинские работники (в частности их руки, перчатки, инструментарий)-26%, посетители-8%, затруднились ответить-4%. Об основных возбудителях ВБИ на современном этапе (патогенные, условно-патогенные и особенно антибиотикорезистентные штаммы бактерий, вирусов) отвечали 75% респондентов.

О факторах передачи и механизмах передачи ВБИ (воздушно-капельный, водный, алиментарный, контактно-бытовой, вертикальный, артифициальный) помнят 92% студентов! Особое внимание инфекционной опасности для медработников первокурсники придают наличию контакта с биологическими жидкостями пациентов и «аварийными ситуациями» при травматизме во время инвазионных вмешательств.

Известно, что примерно 80% ВБИ, зарегистрированных в ЛПУ возникают по причинам неправильной обработки рук и работы без перчаток [1]. Следует отметить, что наши студенты в рамках учебной практики по уходу достаточно хорошо осваивают тщательную механическую очистку кожи рук с последующим правильным надеванием перчаток. Большинство анкетированных (88%) четко отвечали на вопрос о третьем звене эпидпроцесса-восприимчивом к инфекции человека и называли группы риска восприимчивых пациентов.

Что касается профилактических мер внутрибольничного инфицирования, возникновения госпитальных инфекций первокурсники довольно четко отметили своевременное выявление больных ВБИ и своевременную их изоляцию-95%, регулярное выявление бактерионосителей среди медперсонала-70%, карантинные мероприятия и наблюдение за контактными-58%.

О дезинфекции, стерилизации, правилах обращения с медицинскими отходами и требованиях к уборке режимных помещений и кабинетов знает подавляющее большинство респондентов-98%. О таком важном профилактическом мероприятии, направленном на восприимчивые слои населения, как вакцинация [3] согласно национальному календарю профилактических прививок так и по эпидпоказаниям высказались около половины (48%) анкетированных.

**Заключение.** Профессиональная деятельность медицинского работника любого профиля в процессе ухода и лечения связана со многими рисками, в частности с внутрибольничным инфицированием. Знания, умения, навыки, полученные на самых ранних этапах становления будущего врача, медицинской сестры чрезвычайно актуальны.

Проанализировав теоретические знания студентов-первокурсников по проблеме госпитальных инфекций и их профилактики, следует отметить их достаточно высокий уровень. Приоритетом общения с больными и здоровыми людьми должна служить инфекционная безопасность пациента и медработника. Реализация этого положения поможет нашим студентам во время прохождения производственной практики (помощник палатной, процедурной медсестры-2,3 курс) в лечебных учреждениях Воронежа и за его пределами. Расширение этих знаний с учетом требований СанПинов, новых технологий обеззараживания, дезинфекции, стерилизации, полученных непосредственно в ЛПУ, помогут студентам в освоении своей будущей профессии.

**Список литературы:**

1. Материалы III Всероссийского съезда средних медицинских работников-СПб.:Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России»,2008.-С.48-88.
2. Общий уход за больными взрослыми и детьми терапевтического профиля (часть I). Учеб-метод. пособие/А.В.Крючкова, Ю.В.Кондусова, А.М.Князева, Е.С.Грошева, И.А.Полетаева.- Воронеж: ВГМА, 2014-С. 94-178.
3. Шихалиева К.Д. Роль медицинского персонала в профилактике парентеральных вирусных гепатитов среди детей старшего школьного возраста/ К.Д.Шихалиева, Е.С.Грошева, Н.Ю.Нараева, И.А.Полетаева. сборник материалов VIII Международной науч-практ. конференции.- Воронеж, 2018.-С.91-92.

### **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ИОРДАНИИ**

**Дрошнева Т. Н.** кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», Воронеж, Россия

**Пятницина С. И.** ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», Воронеж, Россия

**Малкавей М.** медицинская сестра отделения скорой помощи Аль Хусейн Королевский медицинский город, Аммон, Иордания

**Аладжарме Башар Мохаммад Матрук** студент МИМОС, группа Ли 107 ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», Воронеж

**Аннотация:** В статье говорится об особенностях работы медицинских сестер в Иордании.

**Ключевые слова:** сестринское дело, Иордания, клиент-центрированный уход.

Воронежский медицинский государственный университет имени Н.Н. Бурденко (институт, академия) имеет огромный опыт международной деятельности. Уже с 80-х годов прошлого столетия в наш вуз приезжали молодые люди из многих стран Африки, Ближнего Востока, Юго-Восточной Азии для получения высшего медицинского образования. В последние годы у нас обучаются еще больше студентов из разных уголков мира.

В процессе интеграции России, Российского здравоохранения в общеевропейское образовательное пространство выявилась потребность государства в компетентных,

мобильных, конкурентоспособных специалистах сестринского дела, профессионалов своего дела [1]. Новые технологии в здравоохранении, новые метод диагностики и лечения, возросшие требования к качеству сестринского ухода – все это вызывает необходимость совершенствования уровня сестринского образования, высокой компетентности квалификации медицинской сестры. На это ориентированы новые стандарты здравоохранения, по которым обучаются студенты института сестринского образования (ИСО) [2].

Кафедра организации сестринского дела ИСО в течении многих лет сотрудничает со специалистами сестринского дела из многих стран мира. Мы всегда открыты к общению с медицинскими работникам разных стран мира.

В данной статье речь пойдет об особенностях работы медицинских сестер в Иордании. Иордания считается самой безопасной и стабильной страной Ближнего Востока. Она славится гостеприимством, экологически чистой природой и передовой медициной. Правительство страны постоянно инвестирует здравоохранение способствует развитию медицинского туризма [3]. Многие клиники оборудованы новейшими технологиями. В стране действуют специальные законы, направленные на защиту безопасности и прав пациента.

Медицинская сестра в Иордании может исполнять свой профессиональный долг только после завершения четырехлетней академической программы сестринской науки, включая клиническую и дидактическую подготовку, а также лицензирование для практики в соответствии с законодательством стандартами, которые регулируют профессию медсестер. Сфера использования труда лицензированных медсестер включает в себя обучение пациентов, наставничество, лидерство, улучшение практики сестринского дела за счет реализации значимых результатов исследований. Лицензированная медсестра сотрудничает с пациентами, привлекает членов команды здравоохранения для планирования, реализации и оценки клиент-центрированного ухода. Она управляет соответствующими ресурсами, необходимыми для непрерывного ухода и партнерства с заинтересованными сторонами, чтобы влиять на политику в области здравоохранения.

Юридическое определение зарегистрированной медсестры JNC – это лицо, которое окончило аккредитованную программу обучения медсестер, владеет научной базой сестринского дела и имеет текущую действительную регистрацию для практики, выданную Иорданским Советом медсестер и акушерок и лицензированную Министерством здравоохранения в соответствии с законом «О здравоохранении».

Медицинская сестра практикует таким образом, чтобы признавать достоинство, культуру, ценности и убеждения клиентов в этических рамках. Принимает клиентов независимо от расы, культуры, религии, возраста, пола, физического или психического состояния, защищает конфиденциальность, демонстрирует уважение и поощряет право клиента на здоровье, самоопределение, информирование и осознанный выбор.

Виды ухода в иорданских больницах:

- уход за матерью
- кормящие женщины
- уход за здоровьем детей (медицинское обслуживание новорожденных и детей подросткового возраста)
- абдоминальный уход и хирургия
- анестезия
- интенсивная терапия
- диализ, катетер, сердце и артерии
- уход при инфекционных заболеваниях
- онкология (рак престарелых)
- сестринская паллиативная помощь
- общественный медицинский уход
- сестринское образование в учреждениях сестринского дела

Большое внимание уделяется неотложной помощи. Неотложная медицинская помощь: специалист сестринского дела фокусируется на уходе за пациентами в чрезвычайных медицинских ситуациях, требующих срочной медицинской помощи во избежание долгосрочной инвалидности или смерти. Неотложная медицинская помощь обычно оказывается в отделениях неотложной помощи в больницах, медицинских центрах, в спортивных залах, машинах скорой помощи и вертолетах.

Обязанности медсестры скорой помощи: прием пациентов в реанимации, оценка состояния здоровья пациентов, оценка потребностей пациентов, сбор информации об истории болезни или травмы, оценка жизненно важных показателей и тяжести боли, подключение данных оценки к регистрации и уведомление членов медицинской команды, сохранение конфиденциальности пациента при медицинском осмотре, обеспечение безопасного передвижения больного на носилках или кресле-каталке.

Срочные процедуры квалифицированной медсестры: давать кислород, вводить внутривенно назначенные препараты, введение мочевого катетера, сбор и отправка в

лабораторию биологических жидкостей, помощь доктору при наложении гипса, при необходимости – постановка клизмы. Очень важен терпеливый комфорт, терпеливая поддержка. Соблюдение принципов безопасности пациентов от рисков инфицирования: тщательная техника мытья рук и правила профилактики при очистке и стерилизации оборудования.

В заключение следует сказать, что в Иордании достаточно развитая система здравоохранения, безусловно конкурирующая с здравоохранением других стран Ближнего Востока. Уровень организации сестринского дела, выполнения профессиональных обязанностей медсестёр – высок. Большое внимание уделяется непрерывному клиент-центрированному уходу, признавая достоинства, ценности и убеждения пациентов независимо от расы, религии, возраста, пола, физического и психического состояния.

#### **Список литературы:**

1. Есауленко И.Э. Качество профессиональных компетенций у выпускника института сестринского образования ВГМА им. Н.Н. Бурденко / Сборник III региональной научно-практической конференции «Проблемы и перспективы развития сестринского дела: наука, образование, практика» // И.Э. Есауленко [и др.] – Воронеж, 2013. – С. 4-9.
2. Крючкова А.В. Современные аспекты подготовки специалистов сестринского дела / Сборник III региональной научно-практической конференции «Проблемы и перспективы развития сестринского дела: наука, образование, практика» // А.В. Крючкова, А.М. Князева, Т.Н. Дрошнева - Воронеж, 2013. – С. 43-46.
3. Мавей Аль Сумади Сестринское дело в Иордании / Сборник материалов VIII международной научно-практической конференции «Проблемы и перспективы развития сестринского дела: наука, образование, практика» // Мавей Аль Сумади, С.И. Пятница, Аль Сумади Мохаммед - Воронеж, 2018. – С. 48-50.

#### **ИННОВАЦИОННЫЕ СЕСТРИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ**

**Епифанова Е. А.** преподаватель областного государственного автономного профессионального образовательного учреждения «Старооскольский медицинский колледж»

**Ступак Г. Н.** преподаватель Областного государственного автономного профессионального образовательного учреждения «Старооскольский медицинский колледж»

**Аннотация:** в статье освещаются результаты изучения мнения среднего медицинского персонала частных многопрофильных клиник г. Старый Оскол Белгородской области о влиянии инновационных технологий сестринской практики на качество обслуживания пациентов.

**Ключевые слова:** инновационные технологии, медицинская сестра

Одним из основных направлений реформирования системы здравоохранения, определенных Концепцией развития системы здравоохранения в РФ до 2020 года, является инновационное развитие здравоохранения. Как отмечается в Концепции, чтобы улучшить ситуацию с состоянием здоровья граждан, необходимо обеспечить качественный прорыв в системе здравоохранения. Отрасли нужны инновационные разработки в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний, эффективная система подготовки и переподготовки медицинских кадров, современные высокотехнологичные информационные системы [1].

В соответствии с новыми задачами, стоящими перед здравоохранением меняются функции и организационные формы деятельности медицинских сестер. С развитием медицинской науки возрастает роль среднего медицинского персонала в системе здравоохранения. Качество сестринской помощи определяется внедрением новых организационных форм ухода за пациентами, стандартов и технологий практической деятельности сестринского персонала, умением работать с профессиональной информацией, используя современные информационные технологии [3].

Во всем мире инновационная деятельность в сестринском деле рассматривается как основа ежедневной практики, направленная на повышение качества ухода за пациентами и снижение стоимости услуг системы здравоохранения. Потребность в инновационных решениях очень высока, так как именно сегодня системы здравоохранения борются за обеспечение доступных, безопасных и эффективных услуг при одновременном сдерживании роста их себестоимости [2].

Если инновационный процесс не подкреплен соответствующей материально-технической базой и не имеет финансового обеспечения ожидать реального использования новшества проблематично. Важную роль в реализации инновационного проекта играет личная заинтересованность как новаторов, так и работников практического здравоохранения. Это наглядно проявляется в различии внедрения новых медицинских технологий в частном и государственном секторах здравоохранения. Клиники оснащают свои подразделения новейшим медицинским оборудованием, внедряют передовые медицинские технологии, используя опыт западных партнёров, проводят конкурсный

отбор и обучение высокопрофессиональных медицинских кадров, поддерживают высокий уровень сервиса, и, самое главное, сохраняют индивидуальный подход к каждому пациенту[5].

Во всех клиниках одной из наиболее часто выполняемых простых медицинских услуг является забор крови. Для безопасного и комфортного выполнения данной медицинской услуги, а также для снижения количества повторных манипуляций и повышения точности результатов анализа используются одноразовые вакуумные системы.

Медицинские работники отмечают преимущества забора крови одноразовыми вакуумными системами: безопасность персонала на всех этапах подготовки, взятия, хранения, транспортировки и обработки образца, безопасность пациента, удобная транспортировка образца, простота утилизации систем.

Нередко медицинские работники, даже имеющие большой опыт работы в медицинских организациях, испытывают трудности в процессе забора крови у пациентов с труднодоступными венами. У медицинских сестер есть возможность использовать в этом случае комплект для взятия крови Safety-Lok, в который входят иглы – «бабочки», катетер и адаптер Luer. Игла со специальными «крылышками» позволяет лучше фиксировать иглу в вене, а гибкий катетер гарантирует правильное расположение пробирки. Медицинские сестры единодушно отмечают удобство применения комплекта для взятия крови Safety-Lok, а также существенное облегчение процедуры забора крови пациентов с труднодоступными венами.

Более качественно выполнить простые медицинские услуги «Внутривенное введение лекарственных средств», «Постановка периферического венозного катетера», «Забор крови вакуумными системами» позволяет инновационный прибор для визуализации вен Асси Yein АУ 300 — портативный ручной прибор для определения периферических вен, который был приобретен ведущими частными клиниками. Медицинские сестры отмечают, что данный прибор позволяет им сократить время выполнения внутривенных манипуляций практически вдвое.

Процедурные кабинеты частных клиник оснащены сканером для считывания штрих-кодов с бланк-заказов пациентов и принтером для печати самоклеящихся термо-этикеток. После оплаты услуги на ресепшн пациенту выдается бланк-заказ, в нем имеется уникальный штрих-код, который воспроизводит фамилию и инициалы пациента, номер и наименование его услуги. В процедурном кабинете медицинская сестра берет у пациента бланк-заказ и с помощью сканера считывает штрих-код с бланк-заказа пациента, пропечатывает принтером самоклеящуюся термо-этикетку, которую затем наклеивает на

транспортный контейнер (пробирку, баночку, предметное стекло). Это нововведение облегчает труд медицинской сестры, создает удобство для чтения маркировки, а также снижает вероятность ошибок в маркировке биоматериала до минимума[4].

Следует отметить зависимость между внедрением инновационных технологий в практическую деятельность медицинских сестер и качеством оказания сестринской помощи. Чем технологичнее процесс, тем больше времени уделяется пациенту, тем выше качество сестринского обслуживания.

Применение инновационных технологий в ежедневной практической сестринской деятельности делает ее работу более профессиональной, комфортной, обеспечивает безопасность и удобство выполнения основных профессиональных обязанностей, сокращает трудозатраты, позволяет быстро и качественно обеспечить реализацию лечебно-диагностического процесса.

#### **Список литературы:**

1. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года [Электронный ресурс]: Интернет-версия справочно-правовой системы «Гарант»: сайт.- URL: <http://ivo.garant.ru/SESSION/PILOT/main.htm>.
2. Островская И. В. Медицинские сестры и инновационные технологии в здравоохранении / И. В. Островская // Мед. сестра. — 2009. — № 3. — С.4–9.
3. Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010-2020 годы [Электронный ресурс]. Интернет-версия справочно-правовой системы «Гарант»: сайт.- URL: <http://ivo.garant.ru/SESSION/PILOT/main.htm>.
4. Батенева Т. Частный сектор здравоохранения продолжает расти [Электронный ресурс]. Российская газета сайт.-URL: <http://www.rg.ru/2014/04/29/zdorovie.html>.
5. Шарабчиев Ю.Т. Ресурсосберегающие механизмы развития медицинской науки: инновационные проекты и теоретические исследования в медицине [Электронный ресурс]. Медицинские новости. — 2003. — № 11 сайт.-URL: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=2473>.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ИНТЕРАКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ В  
ПРОВЕДЕНИИ ИНТЕГРИРОВАННЫХ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ ПРИ ИЗУЧЕНИИ  
КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН В УЧРЕЖДЕНИИ ОБРАЗОВАНИЯ  
«ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ  
ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.АНТОНОВА»**

**Есипова Е. М.** преподаватель высшей категории учреждения образования «Витебский государственный медицинский колледж имени академика И.П.Антонова», г. Витебск, Беларусь

**Денисова С. Д.** магистр. Заместитель директора по учебной работе учреждения образования «Витебский государственный медицинский колледж имени академика И.П.Антонова», г.Витебск, Беларусь

**Аннотация:** в статье рассмотрены вопросы организации интегрированных учебных занятий с учащимися колледжа с целью формирования умений рассматривать проблему комплексно, приведены примеры форм проведения мероприятий, направленных на достижение поставленных целей.

**Ключевые слова:** интегрированные учебные занятия, педагогика сотрудничества, коммуникативность, интерактивные технологии, практическая ценность знаний.

**Актуальность.** Проведение интегрированных занятий позволило сплотить преподавательский коллектив, поставить перед ним общие задачи, выработать единые действия и требования, способствующие обобщению разобщенных знаний и умений из различных дисциплин в целостную картину. Учащиеся часто не в состоянии применить знания одной дисциплин к знаниям другой. Интегрированные занятия необходимо давать периодически, чтобы учащиеся увидели взаимосвязь между учебными дисциплинами и поняли, что знания и умения, полученные при изучении одной дисциплины, облегчают понимание другой.

#### **Материалы и методы, результаты**

Клинические дисциплины тесно связаны между собой, переплетены и интегрированы сами по себе, поэтому при умении преподавателями найти стилевое единство их ведения, преломить содержание своей дисциплины через призму других достаточно быстро создаст единое образовательное пространство изучаемых дисциплин[1]. Наглядным подтверждением выше сказанного является проведение практического занятия в подгруппе учащихся специальности «Сестринское дело» по пересекающимся темам учебных дисциплин: «Сестринское дело в педиатрии» и

«Сестринское дело в акушерстве и гинекологии». Тема занятия по дисциплине «Сестринское дело в акушерстве и гинекологии» звучит так: «Физиологический послеродовый период и помощь родильнице». Аналогичный период в педиатрии – неонатальный, и тема- «Уход за новорожденным ребенком». Мать и ребенок неразрывны, они единое целое. Эти темы настолько взаимосвязаны, что выделить, какая дисциплина ведущая на таком занятии, просто нереально. Лозунг, под которым проходило занятие «Ни трещин, ни мастита, и молока в достатке», - олицетворял единство матери и ребенка. Занятие проводили два преподавателя высшей квалификационной категории с высокой клинической подготовкой - акушер и педиатр. Еще одна особенность таких занятий: психологическая совместимость преподавателей: умение вовремя уйти «в тень», дать возможность коллеге самостоятельно провести определенный этап работы.

На занятии использована технология интерактивного обучения: кейс-метод и метод проектов, интерактивные и ролевые игры. Среди интерактивных методов обучения кейс-метод занимает особое место, он учит решать возникающие проблемы с учетом конкретных условий и фактической информации, позволяет применить теоретические знания к решению практических задач, но не предлагает обучающимся проблему в открытом виде. Кейс-метод позволяет не просто овладеть готовыми знаниями, но и сформировать их в процессе сотрудничества и сотворчества учащихся и преподавателей[2].

Занятие начинается с предложения решить ситуацию, которая произошла с кормящей женщиной. Учащимся предлагается осмыслить реальный жизненный случай, описание которого одновременно отражает не только практическую проблему, но и актуализирует определенный комплекс знаний и умений, который необходимо усвоить при разрешении данной проблемы. Содержащаяся в кейсе проблема не имеет однозначного решения, необходимо из альтернативных вариантов выбрать наиболее целесообразный в соответствии с заранее выработанными критериями. Ситуация заставляет междисциплинарно мыслить, реализовывать разрозненные понятия, встречающиеся в разных дисциплинах, в единый интегрированный процесс. На занятии использовались и игровые методы обучения. Интерактивную игру «Ручка на середине стола» - можно использовать на любом занятии, когда одно задание предлагается сразу всей группе. Данная методика является одной из форм обсуждения какой-либо проблемы. Преподаватель задает вопрос. Учащиеся поочередно обсуждают проблему за «круглым столом». Каждый из выступающих, фиксируя свое участие, кладет ручку на середину стола. Все члены группы равны в своих правах внести вклад в обсуждение, никто не может доминировать, никто не может высказывать любые другие идеи до тех пор, пока

ручки всех участников не будут лежать на середине стола. Кто ответил на большее количество вопросов – тому больше баллов! Преподаватель контролирует группу и участие в ней каждого, дает возможность высказаться всем участникам беседы. Сигналом к действию являются слова: «Итак, нам есть, о чем поговорить. Границы расширены. Ручка на середине стола». В процессе обсуждения учащиеся находят ответ на поставленный вопрос: «Приоритеты грудного вскармливания». Метод проектов представлен на занятии в форме ролевых игр, которые выполняют преимущественно интегрированную профессионально направленную функцию [2]. Игры объединены одним названием «Консультативный центр». Консультируют родильниц и новорожденных по различным актуальным проблемам и вопросам в различных центрах - центре грудного вскармливания, репродуктивного здоровья, школе пациентов для беременных, будущих родителей, кабинете планирования семьи - разные специалисты. В подготовке проектов использован сценарный подход в обучении. В роли консультанта выступает учащийся, способный достоверно сыграть свою роль. Ситуации, которые разбираются в ролевых играх, дают современное представление о контрацепции в период лактации, об умной соске (смарг-соске), молокоотсосах, младенческих коликах и срыгиваниях, о безопасных препаратах, используемых для родильниц и младенцев в этом периоде их жизни. Создается ситуация коллективной деятельности, формируются новые знания. Каждый проект сопровождается мультимедийной поддержкой, видеороликами.

### **Заключение**

В процессе обучения постоянно видна взаимосвязь здоровья матери и ребенка. Успеху дела способствует постоянная концентрация внимания обучаемых на материале всей темы. Совершенно очевидно, что использование интерактивных технологий в проведении интегрированных занятий имеет ряд преимуществ, которые делают их максимально востребованными. Знания и умения, полученные на интегрированных занятиях, приобретают системность, становятся обобщёнными, комплексными. У обучающихся создается единое осознанное представление о здоровье матери и ребенка в этот важный для них период жизни, формируются глубокие прочные знания и умения, и перспектива их использования в профессиональной деятельности в различных жизненных ситуациях.

### **Список литературы:**

1. Зайцев В.С. современные педагогические технологии: учебное пособие. – Книга 1. – Челябинск, ЧГПУ, 2012 - 411 с.

2. Селевко Г. К. Энциклопедия образовательных технологий. – В 2 томах. – М: Народное образование, 2005 – 535с.

## **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ТУРКМЕНИСТАНЕ**

**Кондусова Ю. В.** к.м.н., доцент кафедры организации сестринского дела

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Веневцева Н. В.** преподаватель кафедры организации сестринского дела

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Князева А. М.** к.м.н., ассистент кафедры организации сестринского дела

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Пятницина С. И.** ассистент кафедры организации сестринского дела

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Тилляева С. Б.** студентка 1 курса МИМОС, группа Ли 104

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Тилляева М. К.** сотрудник ООН на территории Туркменистана, Ашхабад, Туркменистан

**Аннотация:** в статье приведены данные об основных направлениях совершенствования сестринской помощи в Туркменистане.

### **Ключевые слова:**

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, «качество медицинской помощи» — это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации медицинских работников, и, прежде всего, врачей, которое позволяет им снижать риск прогрессирования заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинской подсистемой.

Медицинская помощь – это деятельность направления на оздоровление и лечение пациентов, осуществляется профессионально подготовленными работниками, имеющими на это право в соответствии с действующим законодательством.

Туркменистан, как и все страны бывшего СССР, проводит политику улучшения оказания сестринской помощи на всех уровнях оказания помощи больным, таких как:

- Стационарная помощь,
- ПМСП,
- Специализированная помощь,

- Родовспоможение и др.

Начиная с 1995 года страна перешла на оказание первичной медико- санитарной помощи на основе семейной медицины. Согласно приказам МЗ и МПТ, были разработаны критерии оказания ПМСП на уровне семейной медицины и соответствующие нормативные документы.

Существующее до недавнего времени мнение, что сестринская деятельность является только вспомогательной по отношению к врачебной, не позволяло в должной мере определить степень влияния качества сестринских услуг на качество медицинской помощи в целом.

Согласно современной концепции развития сестринского дела медицинская сестра должна быть высококвалифицированным специалистом — партнером врача и пациента, способным к самостоятельной работе в составе единой команды.

Совершенствование качества сестринской деятельности целесообразно вести по четырем направлениям, рекомендуемым Всемирной организацией здравоохранения:

- совершенствованию выполнения профессиональных функций (технического качества);
- рациональному использованию ресурсов (эффективности);
- снижению степени риска (опасности травм или заболеваний в результате медицинского вмешательства);
- повышению удовлетворенности пациента медицинским обслуживанием.

Повышенный уровень среднего профессионального образования реализуется в медицинском колледже, который имеется в каждом из регионов страны. Обучение сестринского персонала проводится по выбранным направлениям углубленной подготовки, утвержденным образовательным стандартам

Повышенный уровень сестринского образования должен обеспечить высокий уровень теоретической специализированной подготовки, способствовать развитию профессиональных навыков, повысить самостоятельность сестёр в решении медицинских задач. Особую актуальность приобретают научные исследования в области разработки критериев оценки качества сестринской практики, зависящих от уровня профессиональной подготовки сестринского персонала.

В современных условиях огромная роль в организации мероприятий по оздоровлению нации принадлежит медицинским сестрам, образование и опыт которых позволяет оказывать высококачественные сестринские услуги.

Существует ряд объективных причин, вызывающих необходимость повышения и обеспечения качества:

- существенное возрастание личных, производственных и общественных потребностей
- возрастные роли научно-технического прогресса в диагностике, лечении и реабилитации
- усовершенствование услуг и повышение значимости выполняемых функций
- неприятие потребителем услуг с относительно низким уровнем качества
- ужесточение требований к повышению эффективности сестринской помощи как условия функционирования ЛПУ.

По определению ВОЗ, качество медицинской помощи - это процесс взаимодействия врача и пациента, основанный на квалификации врача, т.е. его способности:

- снижать риск прогрессирования заболевания у пациента и возникновение нового патологического процесса
- выполнять медицинские технологии оптимально использовать ресурсы медицины,
- обеспечивать удовлетворенность пациента оказанной ему медицинской помощью.

Качество сестринской помощи, с точки зрения пациента - это такие свойства услуги, благодаря которым пациент остается доволен оказанием сестринской помощи в целом, как результатом, так и процессом оказания. Это значит, что условия, в которых производилось сестринское вмешательство, профессионализм медицинских сестёр, их личные качества, профессиональное общение и результат помощи соответствовали ожиданиям пациента.

#### **Список литературы:**

1. Инновационные образовательные технологии в непрерывном образовательном процессе / Крючкова А.В., Князева А.М., Кондусова Ю.В., Семынина Н.М., Полетаева И.А., Князев А.В., Булат М.В. // Уральский научный вестник. 2018. Т. 7. № 1. С. 079-081.
2. Профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике неинфекционных заболеваний / Кондусова Ю.В., Полетаева И.А., Анучина Н.Н., Карпухин Г.Н., Пятницина С.И., Гриднева Л.Г. // В сборнике: Бъдещите изследвания Материали за 12-а международна научна практична конференция. 2016. С. 66-69.

## ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАБОТЕ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

### **Кондусова Юлия Викторовна**

кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела  
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

### **Крючкова Анна Васильевна**

кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой организации сестринского дела  
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

### **Романова Альбина Анатольевна**

Старшая медицинская сестра кардиологического отделения  
БУЗ ВО ВОКБ №1, Воронеж

### **Гриднева Лариса Григорьевна**

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела  
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

### **Булат Маргарита Витальевна**

Студентка 3 курса Института сестринского образования, отделения СМ и ФО  
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Аннотация:** Статья повествует об особенностях деятельности участковой медицинской сестры в педиатрической службе. При этом говорится, что неотъемлемой частью профессиональных обязанностей медсестры является педагогическая деятельность.

**Ключевые слова:** медицинская сестра, педагогическая деятельность, обучение, педиатрическая практика.

Участковая медицинская сестра в своей повседневной деятельности проделывает огромную работу. Основными ее задачами являются: выполнение лечебных и диагностических назначений врача в поликлинике и на дому, проведение профилактических и санитарно-просветительных мероприятий среди населения участка, оформление документации, организация профилактических осмотров и диспансеризации и многое другое [1]. Однако нельзя забывать, что в работе участковой медицинской сестры не последнее место занимает педагогическая деятельность.

Участковые медицинские сестры педиатрической службы регулярно участвуют в работе школ здоровья по разным направлениям, проводят санитарно-просветительные

беседы с будущими родителями и молодыми родителями по вопросам ухода за ребенком, необходимости прививания детей, пользе здорового образа жизни, закаливания и т.д. [2].

Необходимость в проведении педагогической деятельности медицинской сестры в педиатрической практике в более широких масштабах назрела давно и это обусловлено несколькими причинами:

- ✓ динамическая экономическая обстановка в стране (и как следствие люди экономят на своем здоровье и здоровье детей),
- ✓ обилие источников информации (не всегда достоверных),
- ✓ тиражирование в СМИ медицинских (врачебных) ошибок, подрыв авторитета медицины в целом,
- ✓ лжемедицинское «образование» с помощью интернета,
- ✓ наличие асоциальных семей,
- ✓ рост числа «болезней зависимостей» и т.д.

В рамках педагогической деятельности важно не только нести информацию в массы, но и получать обратную связь от населения. В поликлинике медицинские сестры не редко проводят анкетирование с анализом полученных данных. Так, например, недавно был проведен опрос молодых родителей о принципах ухода за детьми первого года жизни, рациональном питании, средствах ухода. Анализ полученной информации об уходе за детьми раннего возраста, основных вопросах и «страхах» родителей дают предпосылку к созданию курса обучающих занятий. Выявленные пробелы в знаниях населения позволяют сформировать обучающие программы, спланировать лекции по санитарно-гигиеническому просвещению [3]. Также в рамках педагогической деятельности медицинские сестры разрабатывают занятия для будущих родителей. В ходе таких занятий информация до обучающихся доносится не только в виде лекций, но и в виде деловых игр, викторин, конкурсов, решения ситуационных задач (с использованием case – метода).

Одним из направлений педагогической деятельности является обучение детей. В частности совместно с волонтерами (чаще это студенты), разрабатываются занятия в игровой форме. В ходе такой обучающей игры дети могут получить знания о личной гигиене, гигиене полости рта, здоровом питании и т.д. в доступной для них форме. Также в ходе подобного мероприятия можно отработать ряд простейших навыков, необходимых в повседневной жизни (например, правильное мытье рук, чистка зубов и т.п.).

Не редко медицинские сестры участвуют в публикациях в научных журналах, СМИ, Интернет-ресурсах. Обычно публикации приурочены к какому-либо событию или

посвящены медицинским проблемам. Существуют обучающие аудио- и видеоматериалы в Интернет-сети, касающиеся ухода за тяжелыми больными для родственников и ухаживающего персонала.

Таким образом, педагогическая деятельность медицинской сестры многогранна и разностороння. В ходе процесса обучения можно использовать традиционные и инновационные методы преподавания. Использование Интернет-ресурсов и СМИ при грамотном применении может позволить расширить круг обучаемых и повысить уровень знаний пациентов.

#### **Список литературы:**

1. Профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике неинфекционных заболеваний / Кондусова Ю.В., Полетаева И.А., Анучина Н.Н., Карпухин Г.Н., Пятницина С.И., Гриднева Л.Г. // В сборнике: Бъдещите изследвания Материали за 12-а международна научна практична конференция. - 2016. С. 66-69.
2. Роль здоровьесберегающей мотивации родителей в профилактике заболеваемости детей дошкольного и дошкольного возраста / Полетаева И.А., Крючкова А.В., Грошева Е.С., Кондусова Ю.В., Семынина Н.М. // В сборнике: Международна научна школа «Парадигма». Лято - 2015 сборник научни статии в 8 тома. А. В. Берлов, Т. Попов и Л. Ф. Чупров. 2015. С. 241-246.
3. Участие медсестер-бакалавров в работе школ здоровья / Кондусова Ю.В., Крючкова А.В., Семынина Н.М. // Медицинская сестра. - 2018. Т. 20. № 7. С. 49-50.

## **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МОЛДОВЕ**

**Кондусова Ю. В.** к.м.н., доцент кафедры организации сестринского дела

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Полетаева И. А.** к.м.н., заведующая кафедрой организации сестринского дела

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Карпухин Г. Н.** к.м.н., доцент кафедры организации сестринского дела

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Анучина Н. Н.** к.м.н., доцент кафедры организации сестринского дела

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Крапивина А. С.** студентка 3 курса Института сестринского образования, отделения СМ и ФО ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Пинтяк О. Ф.** главная сестра Больница скорой медицинской помощи (Institute of Emergency Medicine), Кишинёв, Молдова

**Аннотация:** в статье приведены данные об особенностях получения медицинского образования, в частности сестринского, в современных экономических условиях в Молдове.

**Ключевые слова:** сестринское дело, Молдова, проблемы образования.

Медицинское образование в Молдове можно получить в колледже (среднее медицинское образование) и в ВУЗе (высшее и среднее медицинское образование). Медицинские профессии пользуются популярностью, т.к. социально значимы и востребованы. Так же, как и в других странах, в Молдове становится все больше частных медицинских организаций, которые вступают в конкуренцию за трудовые ресурсы. В Государственном университете медицины и фармации им. Николая Тестемицану учатся 5500 студентов из Республики Молдова и ещё 30 стран мира, а в профильных колледжах-4500 учащихся. Рассмотрим особенности медицинского образования в Молдове [1].

Сегодня все больше выпускников школ различных государств, стремятся получить образование в Молдавии. Причин тому несколько: место рождения родителей (наличие родственников или жилплощади в Молдове) до распада СССР, финансовая сторона вопроса (получение образования международного уровня в соответствующих ВУЗах, за небольшие, по российским или иностранным меркам, средства). Привлекают и льготы по отношению к Молдове со стороны Евросоюза, в который она готовится вступить, например, безвизовый проезд по странам с внутренним паспортом [1, 2]. Те же условия для приезжих абитуриентов и будущих студентов, в отличие от других стран Европы.

Количество ВУЗов в Молдове: Государственных – 16. Частного характера – 15. Студентов в стране более 120 тысяч. Год учебного процесса длится 1 сентября по 31 июня. В настоящее время студентов, прибывших из других стран для того, чтобы пройти обучение в Молдавии около пяти тысяч. В основном выпускники школ Болгарии, Румынии, Турции, Сирии, Украины, Ливии, Судана, Германии, России.

Условия поступления базируются на двух вариантах приезда на обучение в Молдову: договор между государствами/обмен, самостоятельный въезд в республику, поступление в учебное заведение. Ежегодно, благодаря программе обмена в Молдавии выделяют места на государственную стипендию для Российских студентов. Имеются русскоязычный институт и аналогичные кафедры в других учебных заведениях.

Первый вариант дает возможность бесплатного образования, место в общежитии, выделения стипендии, получения медицинской страховки. Но, к сожалению, такая возможность очень ограничена квотами. Второй вариант более распространен. В основном обучение осуществляется в частном порядке на платной основе, при этом проживание осуществляется за свой счет, на съемной квартире за вполне доступную плату. Образование происходит на трех языках: румынский, английский, русский. Во всех учебных заведениях преобладает румынский язык, т.к. он государственный язык для молдаван. Обучение на английском языке одно из самых дорогих. Отметим, что с каждым годом остается все меньше факультетов с обучением на русском языке. Безусловно, обучение на русском языке будут предлагать в Кишиневе, так как это столица республики. И в городе Кагуле, где больше всего проживает русскоязычного населения. Поступающие абитуриенты должны посещать курсы румынского языка. После получения базовых знаний они часто проходят собеседование именно на государственном языке республики Молдовы.

Кстати, например, в медицинском Университете обучается почти тысяча студентов из нескольких десятков стран, для которых проходят занятия на трех, вышеуказанных языках. Это одно из самых популярных образовательных учреждений, особенно для студентов из арабских государств.

В случаях получения диплома международного статуса, работа в странах дальнего зарубежья законна. Но встречались прецеденты, когда государство требовало подтверждения диплома в своей стране. Обычно это касается ВУЗов, которые не включены в мировой реестр образования.

Самые распространенные специальности это юридические, экономические факультеты международных отношений и медицинские. В Российские ВУЗы на данные профессии, даже с платной основой, не всегда легко попасть, учеба в Молдавии, а именно система баллов, стоимость, гораздо проще и ниже. Если говорить конкретно о ценовой политике, то цена за год обучения конечно же варьируется, в зависимости от ВУЗа, курсов иностранных валют и прочих условностей. В среднем стоимость в год тех же медицинский ВУЗов, считающихся самыми дорогими — 21000 молдавских леев, что в перерасчете будет 1 129,304 Евро или около пятидесяти тысяч рублей.

Медицинские университеты и колледжи в Молдавии, в которых можно получить среднее и высшее медицинское образование, как и во всем мире – один сильнее, другой слабее. Нельзя сказать однозначно и о том, какая форма обучения лучше – частная или

государственная. Но два фактора определенно влияют на качество образования: статус международного диплома и востребованность профессии на рынке трудоустройства.

Система образования Молдавии имеет ступенчатый характер.

Степень «Школа/колледж». В первом варианте, можно поступать после полного окончания школы. Во втором варианте, средней школе уйти в профильный колледж, а затем уже поступить в Университет. Колледж, по новым законам медицинского образования страны считается высшим образованием «неуниверситетского уровня», после которого выпускникам выдается диплом «Сокращенного высшего образования».

Следующая степень: срок обучения 4 года в ВУЗе, студент получает степень – лицензированный специалист (Лицензиат). Следующая степень - степень магистра. Общий срок обучения – 6 лет. Лицензиат остается сроком еще на 2 года обучения. Следующая степень - степень доктора наук. Магистр остается на 3 года для продолжения учебного процесса. В данный момент система пересматривается по западному примеру.

В ближайшее время медицинское образование в Молдове станет качественнее, это предусматривает новая программа утверждённая правительством.

Учебная программа будет сосредоточена на учащемся, студенте и учащемся резидентуры. Она предусматривает постоянное улучшение процессов приёма в учебные заведения и повышение требований к обучению и оценке знаний. Будут внедряться современные эффективные формы преподавания, продвигаться научные исследования, а постуниверситетское образование будет приближаться к европейским требованиям. Представители руководства Министерства здравоохранения сказали, что в процесс обучения в Государственном университете медицины и фармации им. Николая Тестемицану и медицинских колледжах Молдовы будут внедряться новые методы преподавания. Также будут анализироваться клинические случаи пациентов, осуществляться виртуальные программы и программы дистанционного обучения. Существующая программа только частично соответствует стандартам европейского курикулума [3].

#### **Список литературы:**

1. Об обучении в Молдове /<https://biznes-prost.ru/ob-obuchenii-v-moldove.html> (8.04.19)
2. Т.А. Загривная Особенности развития просветительства в Молдове: историко-культурный экскурс // Человек и образование. - №4 (53). – 2017. – С. 170 - 173
3. Национальная стратегия развития Молдовы. НСР «МОЛДОВА 2020». 2017 г. <http://www.moldovenii.md/ru/section/606> (8.04.19)

## ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В УЗБЕКИСТАНЕ

**Кондусова Ю. В.** к.м.н., доцент кафедры организации сестринского дела

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Веневцева Н. В.** преподаватель кафедры организации сестринского дела

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Князева А. М.** к.м.н., ассистент кафедры организации сестринского дела

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Семынина Н. М.** ассистент кафедры организации сестринского дела

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Хамрокулова И. Х.** Медицинская сестра, Городская детская больница, Узбекистан, г. Самарканд

**Базарова Ш. Б.** Студентка 1 курса МИМОС, группа Ли 104 ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Аннотация:** в статье приведены данные об основных направлениях совершенствования сестринской помощи в Туркменистане.

**Ключевые слова:** медицинская сестра, профессиональная деятельность

Вопросы оценки качества медицинской помощи достаточно широко освещены в отечественной и зарубежной литературе, и все чаще появляются работы, посвященные изучению проблемы управления качеством сестринской деятельности, так как средний медперсонал является неотъемлемым участником лечебно-диагностического процесса. Все чаще рассматривается оценка качества сестринской помощи и системный подход к деятельности медсестры, роль сестринского персонала в процессе обеспечения качества медицинской помощи [1]. Оценка деятельности сестринского персонала необходима руководителю сестринского звена и конкретному специалисту для определения потребности в обучении и профессиональном развитии, выявления возможностей повышения качества оказываемой помощи и успешной их реализации.

В условиях социально-экономических преобразований, в период интенсивного развития здравоохранения деятельность среднего медицинского персонала должна соответствовать меняющимся требованиям, предъявляемым населением к качеству оказания медицинской помощи, организации работы персонала [2]. Вместе с тем комплексных исследований, посвященных изучению труда среднего медицинского

персонала учреждений, в современных условиях не проводилось. В настоящее время почти повсеместно происходит процесс переоценки всей системы сестринского обслуживания. Сестринский персонал работает преимущественно под руководством врачей и оказывает содействие скорее другим медицинским работникам, чем самим пациентам, что является существенным препятствием для развития функций сестринского персонала. В значительной мере качество стационарной медицинской помощи зависит от сестринских кадров, их профессиональной подготовленности, мотивации деятельности, удовлетворенности своим трудом, правильной расстановки и рационального использования.

В Узбекистане большую роль отводят социологическим методам исследования, которые позволяют получить адекватную качественную оценку профессиональной деятельности медсестры. Чаще всего проводится анкетирование среднего медицинского персонала на базе различных больниц. Изучая эффективность организации работы медицинских сестер, можно определить основной мотивационный фактор трудовой деятельности, восприятие своего труда, стимулы трудовой деятельности, получают ли медсестры удовлетворение от работы, ведет ли это к развитию и самосовершенствованию сестринских трудовых функций

В Узбекистане на сегодня подготовлено более 3 тысяч медсестер с высшим образованием, около 80 из которых имеют степень магистра. Все они работают в лечебно-профилактических учреждениях страны в качестве главных, старших и ведущих медсестер, преподают в медицинских институтах и колледжах.

Направление по подготовке медсестер с высшим образованием внедрено в республике с учетом международного медицинского опыта. Как считают специалисты, это способствует совершенствованию оказания медицинской помощи населению и обеспечению системы здравоохранения необходимыми кадрами.

С прошлого года внедрена система рейтинговой оценки эффективности работы медсестер сельских врачебных пунктов. Как ожидается, такой подход позволяет повышать эффективность медсестринского дела и совершенствовать медицинскую службу.

Основную роль в этой работе над повышением квалификации медсестер выполняет Республиканский центр повышения квалификации и специализации средних медицинских и фармацевтических работников. В повышении квалификации медсестер с высшим образованием и административных работников среднего звена участвует Ташкентский институт усовершенствования врачей.

При обучении медицинских сестер на отделении высшего сестринского образования, разработаны и ежегодно совершенствуются квалификационные требования. Медсестра с высшим образованием должна:

- ✓ знать и выполнять профессиональную деятельность в соответствии с основными положениями законодательства по охране здоровья граждан, структуры и основных принципов организации, управления и финансирования органов здравоохранения,
- ✓ уметь проводить весь комплекс мероприятий по охране здоровья населения, по пропаганде здорового образа жизни, по профилактике заболеваний среди различных групп населения,
- ✓ проводить аудит своей работы и анализировать основные показатели здоровья населения для планирования мероприятий по улучшению качества медицинской помощи населению,
- ✓ уметь организовывать мероприятия по улучшению здоровья населения, воспитанию здорового поколения, планированию семьи, обеспечению безопасного материнства и детства,
- ✓ знать и соблюдать основные принципы этики и деонтологии,
- ✓ сотрудничать с другими органами управления для улучшения здоровья населения и с другими службами.

Подводя итог, можно сказать, что профессиональной деятельности медицинской сестры в Узбекистане постоянно анализируется, вносятся коррективы для улучшения условий их труда и повышения качества оказываемой помощи. Обучение медицинских сестер происходит традиционным способом, однако набирает популярность высшее сестринское образование.

#### **Список литературы:**

1. Инновационные образовательные технологии в непрерывном образовательном процессе / Крючкова А.В., Князева А.М., Кондусова Ю.В., Семынина Н.М., Полетаева И.А., Князев А.В., Булат М.В. // Уральский научный вестник. 2018. Т. 7. № 1. С. 079-081.
2. Профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике неинфекционных заболеваний / Кондусова Ю.В., Полетаева И.А., Анучина Н.Н., Карпухин Г.Н., Пятнищина С.И., Гриднева Л.Г. // В сборнике: Бъдещите изследвания Материали за 12-а международна научна практична конференция. 2016. С. 66-69.

## **ПРОБЛЕМЫ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

**Кондусова Ю. В.** к.м.н., доцент кафедры организации сестринского дела  
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Крючкова А. В.** к.м.н., заведующая кафедрой организации сестринского дела  
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Семынина Н. М.** к.м.н., ассистент кафедры организации сестринского дела  
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Дрошнева Т. Н.** к.м.н., ассистент кафедры организации сестринского дела  
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Булат М. В.** студентка 3 курса Института сестринского образования, отделения СМ и ФО  
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Аннотация:** В статье говорится о проблемах инфекционной безопасности в работе медицинской сестры в современных условиях. Приведены мероприятия, направленные на предотвращение инфицирования при выполнении профессиональных обязанностей медицинскими работниками.

**Ключевые слова:** медицинская сестра, инфекционная безопасность, профессиональная деятельность

Проблема травматизма острыми медицинскими инструментами и связанного с ним риска заражения гемоконтактными инфекциями в Российской Федерации актуальна, в первую очередь, для медицинского персонала, выполняющего инъекции и манипуляции с нарушением целостности кожных покровов [1]. В медицине традиционно выполняется множество инвазивных процедур. Так ежедневно осуществляются миллиарды инъекций, миллионы операций, тысячи пункций, биопсий и т.д. [2]. Не секрет, что при выполнении инвазивных манипуляций и пациент, и медработник рискует инфицироваться опасными гемоконтактными заболеваниями, как то гепатиты В и С, ВИЧ – инфекция и др. Повреждения кожных покровов у медицинских работников в странах Запада по данным Alter: из 8 млн. медицинских работников ежегодно более 2 тыс. ранят кожные покровы. В нашей стране этот показатель трудно посчитать, т.к. многие медработники предпочитают умалчивать о полученных травмах или просто не замечают их [3].

Для пациентов риск заражения гемоконтактными инфекциями при медицинских манипуляциях острыми инструментами в медицинских организациях ничтожен, однако, отсутствие или дефицит современных способов сбора, обеззараживания и хранения

медицинских отходов приводит к легкой доступности последних за пределами ЛПУ, что создает риск инфицирования для определенных слоев населения. Частота и опасность травм медицинского персонала в настоящее время недооцениваются как руководителями ЛПУ, так и самими медработниками. Несмотря на существование четкой системы оповещения о случаях профессиональных травм, закрепленной в отечественной нормативной базе, на практике эта процедура носит формальный характер, распространены факты сокрытия травм самими медработниками, а профилактические меры зачастую малоэффективны.

Результаты многих исследований показывают, что травмы острым медицинским инструментарием достаточно часто возникают на этапе сбора и обеззараживания медицинских отходов и связаны с длительным контактом медработников с потенциально опасным инструментарием вследствие достаточно большого количества манипуляций по его обработке. В ЛПУ различного профиля широко распространены опасные практики обращения с медицинским инструментарием, такие как работа без перчаток, ручная разборка шприцев, сбор и хранение острых инструментов в мягкой не приспособленной таре. Существующие нормативно-методические документы часто содержат устаревшие алгоритмы и стандарты обработки и обеззараживания использованных инструментов, что ограничивает внедрение технологий, которые уже давно стали частью системы инфекционного контроля в развитых индустриальных странах (например, саморазрушающиеся шприцы и безопасные инъекционные устройства).

Преимущества одноразовых самоблокирующихся шприцев с убирающимися иглами обеспечивают безопасность персонала, т.к. пружинный ретракционный механизм способствует автоматическому скрытию иглы после использования. Игла и все оставшиеся компоненты крови исчезают в колбе шприца и могут быть безопасно утилизированы. Минимизируется риск случайной травматизации и инфицирования. Недоступность иглы полностью исключает повторное использование шприца.

Трудности в решении проблемы инфицирования медицинского персонала также обусловлены экономическими проблемами. Так современные стационары обеззараживают и утилизируют медотходы с помощью современных установок (стерилизаторы, ньюстеры и т.д.). В то время как небольшие ЛПУ с дефицитным финансированием не могут приобрести современное оборудование. Отмечается нехватка на местах одноразового инструментария, перчаток, расходных материалов, современных дезинфицирующих средств.

Несмотря на то, что проблемы профилактики гемоконтактных инфекций включены в систему обучения медицинского персонала различного уровня, существующие образовательные программы не всегда позволяют сформировать у медицинских работников необходимого уровня знаний, навыков и самоконтроля в отношении использования безопасных приемов и методов при работе с острым колющим и режущим медицинским инструментарием.

Таким образом, только обеспечив комплексный подход к реализации программы инфекционной безопасности, имея разработанные взаимосвязанные между собой алгоритмы по использованию административного ресурса, эпидемиологически безопасных технологий проведения лечебных мероприятий и утилизации медицинских отходов, соблюдения личной гигиены, методов и средств их контроля (мониторинга), программу многоэтапного научного исследования можно обеспечить реальное соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в ЛПУ и совершенствование преемственной, первичной, вторичной и третичной профилактики инфицирования при выполнении профессиональных манипуляций медперсоналом.

#### **Список литературы:**

1. Медико-социальное значение организации профилактики ВБИ в лечебных учреждениях / Лынова Е.Н., Ильченко Г.В.// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 11-4. – С. 713-716;
2. Проблема вирусных гепатитов как опасных инфекционных заболеваний. Роль медицинской сестры в профилактике заболевания / Лямзина Е.В., Кондусова Ю.В., Сенчева А.О. // Молодежный инновационный вестник. 2016. Т. 5. № 1. С. 560-561.
3. Роль медицинской сестры в профилактике профессионального заражения и распространения ВИЧ-инфекции / Полетаева И.А., Крючкова А.В., Кондусова Ю.В. // Парадигма. 2016. № 2. С. 605-612.

#### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ**

**Красная Е. С.** преподаватель психологии высшей категории ГБУ « ПОО «Астраханский базовый медицинский колледж», Астрахань

**Аннотация:** В статье обосновывается важность психологической поддержки инкурабельных больных и роль образовательного процесса в формировании у будущих медицинских работников необходимых для этой деятельности личностных качеств. Показаны пути решения этого вопроса в Астраханском базовом медицинском колледже.

**Ключевые слова:** милосердие, инкурабельные пациенты, паллиативная помощь, психологическая поддержка.

Как известно, образовательный процесс выполняет обучающую и воспитательную функции, и это в первую очередь относится к учебным заведениям медицинского профиля. Причем, воспитательная составляющая отнюдь не является здесь второстепенной, особенно, если дело касается общения с инкурабельными больными. Формирование настоящего специалиста-медика, обладающего необходимыми для этой деятельности профессиональными личностными качествами, проводится в Астраханском базовом медицинском колледже, как под воздействием различных внеклассных мероприятий, так и через учебный процесс. Предмет психологии не представляет в этом отношении исключения. Здесь студенты получают информацию о содержании понятия «паллиативная помощь» [5], которая, хотя и не обеспечивает окончательного выздоровления (паллиатив - полумера), должна осуществляться в полном объеме, включая психологическое сопровождение. Указывается, что при оказании паллиативной помощи необходимо руководствоваться «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан» [4].

При изучении темы «Общение с пациентами» подчеркивается особая роль психологической поддержки безнадежных больных, которая на разных этапах лечения имеет свою специфику [1,2]. Психологические подходы к пациенту в период принятия им тяжелого диагноза, в процессе дальнейшего лечения и в терминальной стадии далеко не однозначны и требуют со стороны медицинского персонала определенной психологической грамотности. В психологической поддержке нуждаются также родственники безнадежных больных, и здесь простого морального утешения явно недостаточно. Положительно сказывается переключение внимания близких на свое собственное здоровье.

Для обеспечения наглядности преподавания темы в колледже создана презентация «Психологическое сопровождение пациентов при оказании паллиативной помощи». Контингент, нуждающийся в такой поддержке, как правило, инкурабельные больные с онкологической патологией.

Значительный вклад в проблему ранней диагностики рака внес выпускник колледжа 1946 года (в то время Астраханской фельдшерско-акушерской школы) профессор Ю.С.Татаринов - автор трех открытий, лауреат Государственной премии, заслуженный деятель науки, лауреат национальной премии «Призвание», академик РАЕН. Презентация посвящается этому ученому и начинается с его портрета. Коллектив АБМК гордится

своим знаменитым питомцем, а его пример выполняет воспитательную роль – мотивирует будущих медицинских работников не останавливаться на достигнутом и в своем образовании и трудовой деятельности стремиться вперед.

Общность лечебных методик, например химио - и лучетерапия для онкобольных, специфика психологических подходов при оказании паллиативной помощи послужили основанием организации профильных отделений сестринского ухода - хосписов. Естественно, иллюстрация такого учреждения также включена в презентацию.

Оказание паллиативной помощи, наряду с профессиональными знаниями требует от медицинских работников определенных личностных качеств, и воспитание милосердия проводится в колледже не только через учебные дисциплины, но и со сцены. Так, в авторской художественной программе «Гимн профессии» [3] есть слова, имеющие прямое отношение к обсуждаемой теме. В порядке обмена опытом прилагается полный текст стихотворения «Этический кодекс медицинской сестры» из этой программы:

«Этический кодекс сестер призывает  
Дело свое в совершенстве знать,  
К чести и совести нашей взывает  
И пациента велит уважать.  
Так и написано: «Будьте гуманны,  
Очень внимательны и добры».  
Строго хранить медицинскую тайну -  
Одна из обязанностей сестры.  
Не навредить, помогать больному -  
Таков медицинской сестры венец,  
И если случиться, облегчить иному  
С достоинством встретить тяжелый конец.  
Считаться с коллегами надо тоже,  
Взаимопомощью их связать.  
Думаю, суть документа все же  
Я вам сумела растолковать».

#### **Список литературы:**

1. Иванюшкин А.Я. Биомедицинская этика. Москва, 2010, 159 с.
2. Коробкин В.И., Передельский Л.В. Онкологическая заболеваемость и смертность. Экология: учебник для вузов. Ростов-на-Дону, «Феникс», 2016, с. 276-279.

3. Красная Е.С. Сценарий художественной программы «Гимн профессии», на правах рукописи, 2007.
4. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан – [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://doctorpiter.ru/articles/21178/>, [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/d2872d82b3b26ca307971f590ce02dd37f71cafc/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/d2872d82b3b26ca307971f590ce02dd37f71cafc/) (дата обращения 5.04.2019)
5. Учебное пособие под редакцией профессора Г.А. Новикова и академика РАМН, профессора В.И. Чиссова "Паллиативная помощь онкологическим больным" М.: ООД «Медицина за качество жизни», 2006 — 192 с.

### **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Крючкова А. В.** доцент, к.м.н., заведующая кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Князева А. М.** к.м.н., ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Кондусова Ю. В.** к.м.н., доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Семынина Н. М.** к.м.н., ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Полетаева И. А.** к.м.н., доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Абдуллаева М. Б.** студентка Института сестринского образования ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Аннотация:** в статье рассмотрены вопросы этиологии, распространенности, профилактики хронического панкреатита. Приведены результаты опроса больных по осведомленности о заболевании, а также рассмотрена санитарно-просветительная работа медицинской сестры с населением по профилактике обострений хронического панкреатита.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, профилактика, медицинская сестра.

Панкреатит является актуальной проблемой неотложной хирургической гастроэнтерологии и интенсивной терапии, это одно из наиболее тяжелых и опасных для жизни заболеваний органов брюшной полости. Панкреатит является полиэтиологическим

заболеванием, возникающим вследствие повреждения ацинозных клеток поджелудочной железы, гиперсекреции панкреатического сока и затруднения оттока его с развитием острой гипертензии в протоках поджелудочной железы (панкреатических протоках), что может привести к активации ферментов в самой железе и развитию хронического панкреатита. Повреждение ацинозных клеток может происходить при закрытой и открытой травме живота, оперативных вмешательствах на органах брюшной полости, остро возникающих расстройствах кровообращения в поджелудочной железе (перевязка, тромбоз, эмболия, сдавление сосудов и другие), экзогенных интоксикациях (щелочами, кислотами и другие) тяжёлых аллергических реакциях, значительных алиментарных нарушениях и другие.

За последние тридцать лет отмечен более чем двукратный рост числа хронических и острых панкреатитов. Частота хронического панкреатита среди населения различных стран варьирует от 0,2 до 0,68%. В России также наблюдается рост заболеваемости: так, распространенность хронического панкреатита среди детей составляет 9–25 случаев, а среди взрослых – 27–50 случаев на 100000 населения [1].

Цель работы является изучение особенностей профилактических мероприятий при хроническом панкреатите.

Материал и методы исследования. Согласно теме исследования нами проведен опрос по разработанной нами анкете среди 35 больных с хроническим панкреатитом, находящихся на лечении в ВГКБ №3. Возрастные группы анкетированных составили: 25 - 34 года – 3 %; 35 – 44 года – 15 %; 45-54 года – 30 %; 55-64 лет – 35 %, старше 65 лет – 17 %. Среди анкетированных 30% составили мужчины и 70% женщины.

Результаты и их обсуждение. Большинство опрошенных анкетированных знают о клинической симптоматике хронического панкреатита, среди которых они отметили: боль в области левого подреберья - 45%, тошнота, приступы рвоты - 25%, вздутие живота -15%, диарея - 10%, другие симптомы - 5%. На следующий вопрос: «Какие профилактические мероприятия Вы знаете при панкреатите?» - 55% ответили отказ от вредных привычек, 30% - соблюдение диеты, 15% - отсутствие стрессов. В то время как, соблюдают рекомендованную диету постоянно в период ремиссии только 37%, опрошенных, 25 % - время от времени, 28 % – при ухудшении состояния, 10 % - при обострении. Имеют вредные привычки – 34 % опрошенных, причем они знают, что это оказывает неблагоприятное влияние на течение их заболевания, но тем не менее не могут от них отказаться.

Выводы. Таким образом, большинство опрошенных пациентов с хроническим панкреатитом знают о клинических проявлениях заболевания и профилактических мероприятиях, но в тоже время только 37 % постоянно соблюдают рекомендованную им

диету, которая является самой главной профилактикой при хроническом панкреатите, значительная часть опрошенных имеют вредные привычки. Роль медицинской сестры в профилактике обострений хронического панкреатита заключается в проведении санитарно-просветительной работы с пациентами в форме бесед, раздачи памяток и других мероприятий. Профилактические рекомендации заключаются в первую очередь в соблюдении диеты. Разрешается употреблять в пищу нежирное мясо, рыбу в паровом или в отварном виде. Из молочных продуктов разрешаются такие продукты, как простокваша, кефир, некислый творог, ацидофилин, неострый сыр. Хлеб желателно употреблять в пищу в слегка подсушенном виде. Вся пища должна быть теплой, но не горячей и не сильно холодной. Предупреждение обострений панкреатита подразумевает также поддержание в норме водного баланса. Пить можно простую воду или, по рекомендации врача, минеральную, но не газированную. В целях профилактики обострения хронического панкреатита необходимо отказаться от курения и алкоголя. При заболеваниях поджелудочной железы не рекомендуются чрезмерные физические нагрузки, поэтому от тяжелых нагрузок стоит перейти к более приемлемым вариантам.

Здоровый образ жизни заключается в каждодневных прогулках на свежем воздухе, достаточном сне и полноценном отдыхе, исключении стрессовых ситуаций, умеренной физической активности. Однако чтобы избежать рецидива, желателно периодически посещать врача, при необходимости делать контрольные обследования.

Травмы панкреатической зоны опасны возможностью грубого повреждения поджелудочной железы, в результате формируется гематома, которая замещает железистые клетки. Развивается мощный отек органа с необратимыми деструктивными нарушениями. Следовательно, следует избегать даже незначительных повреждений живота. Профилактика хронического панкреатита поможет избежать рецидивов заболевания, на длительный срок продлить срок ремиссии.

#### **Список литературы:**

- 1.[https://www.rmj.ru/articles/bolezni\\_organov\\_pishchevareniya/Hronicheskiy\\_pankreatit\\_sovremennyy\\_podhod\\_k\\_diaagnostike\\_i\\_lecheniyu/#ixzz5kal7n32f](https://www.rmj.ru/articles/bolezni_organov_pishchevareniya/Hronicheskiy_pankreatit_sovremennyy_podhod_k_diaagnostike_i_lecheniyu/#ixzz5kal7n32f)
- 2.<https://podzhelud.ru/pankreatit/profilaktika>

### **РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ИНФЕКЦИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

**Крючкова А.В.** доцент, к.м.н., заведующая кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Князева А. М.** к.м.н., ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Кондусова Ю. В.** к.м.н., доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Семынина Н. М.** к.м.н., ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Пятницина С. И.** ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Веневцева Н. В.** преподаватель кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Восканян А. Д.** студентка института сестринского образования ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Аннотация:** в статье рассмотрены задачи медицинской сестры при уходе за больными с инфекциями мочевыделительной системы. Приведены результаты опроса больных по осведомленности о заболевании, мерах профилактики, а также рассмотрена работа медицинской сестры по уходу за пациентами с данной группой заболеваний.

**Ключевые слова:** медицинская сестра, сестринский уход, инфекции мочевыводящих путей.

**Актуальность.** Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) – состояние инфицирования мочевыводящего тракта микрофлорой, которая вызывает его воспаление. В России распространенность ИМП составляет 1000 случаев на 100 тыс. населения в год, это самая частая инфекция. У женщин ИМП встречается в 50 раз чаще, чем у мужчин. Чаще всего встречается острый неосложненный цистит, несколько реже – неосложненный пиелонефрит. Повторные ИМП развиваются у 20—30% женщин доклимактерического возраста. К 50 годам частота ИМП у мужчин и женщин сравнивается [1, 2]. Задача медицинской сестры заключается в организации и оказании сестринской помощи, выполнения плана ухода за пациентами с заболеваниями мочевыделительной системы.

**Цель работы** является изучение сестринского ухода при инфекциях мочевыделительной системы.

**Материал и методы исследования.** С целью изучения особенностей клинического течения инфекций мочевыводящих путей мы провели анкетирование пациентов с данной патологией с помощью разработанной нами «Анкеты для больных с инфекциями мочевыводящих путей», с последующей статистической обработкой полученной

информации. Исследование проводилось на базе урологического и общетерапевтического отделения бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Воронежской городской клинической больницы скорой медицинской помощи №1». В исследовании приняли участие 54 пациента (29 женщин (53,7%) и 25 мужчин (46,3%)), страдающих инфекциями мочевыводящих путей в возрасте от 19 до 78 лет, средний возраст опрошенных составил  $47,6 \pm 9,2$  года.

**Результаты и их обсуждение.** В процессе анкетирования было выявлено, что средний возраст, в котором появились первые симптомы заболевания, составил  $27,6 \pm 7,5$  лет. Средний возраст установления диагноза «инфекции мочевыводящих путей» составил  $31,3 \pm 6,8$  лет. Таким образом, первые симптомы заболевания появились на несколько лет раньше, чем был установлен диагноз. Это может быть связано с поздним обращением пациентов за медицинской помощью, а также стертой, «малосимптомной» клинической картиной заболевания.

Наличие заболеваний мочевыделительной системы у близких родственников отметили 84% опрошенных. При анализе жалоб пациентов, было выяснено, что боли в поясничной области, с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра в период обострения заболевания беспокоили 86 % опрошенных, дизурические явления (боли, рези при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание) - 72 %, ознобы, повышение температуры тела - 39 %. При анализе частоты обострений инфекций мочевыводящих путей по данным анкетирования были получены следующие результаты. Более чем у половины опрошенных обострение инфекций мочевыводящих путей происходит 1-2 раза в год (54%), у 33 % респондентов частота обострений составила 3-4 раза в год, а 13 % пациентов указали в своих анкетах частоту обострения более раза в год. При анализе анкет было выявлено, что регулярно наблюдаются и обследуются в поликлинике 26 % больных с инфекциями мочевыводящих путей, в стационаре только 21 % пациентов, нерегулярно обращаются за медицинской помощью основная масса больных (53 %), объясняя это отсутствием свободного времени для посещения лечебного учреждения. Регулярно соблюдают врачебные назначения только 37 % пациентов, в то время как 63 % выполняют назначения врача лишь от случая к случаю.

**Выводы.** Анализируя анкетные данные пациентов, было выявлено, что не все пациенты обладают достаточным уровнем знаний о собственном заболевании и мерах его профилактики, соблюдении режима и диеты, а также не всегда способны самостоятельно распознать признаки обострения инфекций мочевыводящих путей и вовремя обратиться к врачу. Только 38% больных регулярно соблюдали все врачебные назначения. В связи с этим,

медицинская сестра должна ознакомить пациента с принципами диетотерапии, способами профилактики, дать рекомендации по соблюдению диеты, питьевого режима, режиму мочеиспусканий, отказу от вредных привычек и соблюдению здорового образа жизни. Медицинская сестра, в обязанности которой входит также уход за больными, должна не только знать все правила ухода и умело выполнять лечебные процедуры, но и ясно представлять какое действие лекарства или процедуры оказывают на организм больного. Лечение болезни главным образом зависит от тщательного правильного ухода, соблюдения режима и диеты, в связи с этим возрастает роль медицинской сестры в эффективности проводимого лечения.

#### **Список литературы:**

1. Сестринский уход при заболеваниях почек и мочевыводящих путей: учебно-методическое пособие / Т. В. Демидова; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России Институт сестринского образования. – Иркутск: ИГМУ, 2016. – 84 с.

2. [https:// sestrinskoe-delo.ru/](https://sestrinskoe-delo.ru/)

### **МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

**Крючкова А. В.** к.м.н., доцент, заведующая кафедрой организации сестринского дела, ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Воронеж

**Анучина Н.Н.** к.м.н., ассистент кафедры организации сестринского дела, ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Воронеж

**Кондусова Ю.В.** к.м.н., доцент кафедры организации сестринского дела, ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Воронеж

**Карпухин Г. Н.** к.м.н., кафедры организации сестринского дела, ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Воронеж

**Агабекова М.С.** студентка 3 курса Института сестринского образования, отделения СМ и ФО ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

**Аннотация:** каждый человек должен самостоятельно заботиться о своем здоровье, и уметь оберегать его, учитывая индивидуальные медико-социальные особенности,

поэтому, знания, направленные на формирование здорового образа жизни и здоровьесбережение, необходимо внедрять в образовательный процесс с самого раннего возраста, так как организованная пропаганда медицинских и гигиенических навыков способствует снижению уровня заболеваний, и помогает воспитывать крепкое молодое поколение.

**Ключевые слова:** здоровьесбережение, здоровый образ жизни, молодежь.

Многие согласятся с тем, что здоровье - это бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества, это самая высокая ценность человека, и при этом оно является личным богатством, то есть собственностью, о которой каждый самостоятельно должен заботиться и оберегать в течение всей жизни, учитывая свои индивидуальные медико-социальные особенности.

В связи с этим, необходимо побуждать население к сохранению и укреплению здоровья, пропагандировать и поддерживать культуру здорового образа жизни [1]. Следует внедрять в образовательный процесс знания, направленные на формирование здорового образа жизни, начиная с самого раннего возраста и заниматься самовоспитанием личности.

Особенно эта необходимость актуальна среди молодежи, потому что она является самой активной частью общества, основным источником трудовых ресурсов. К тому же ведение нездорового образа жизни в молодом возрасте не может не проявиться в более зрелом, пожилом периоде жизни.

Проведенное нами исследование с целью изучения информирования и мотивирования молодого населения к ведению здорового образа жизни выявило, что в сознании общества молодых людей в возрасте от 18 до 35 лет, не сформировано отношение к здоровому образу жизни, потому что значительное количество респондентов считают свой образ жизни не совсем здоровым (38% лиц) и нездоровым (3% лиц). При этом треть обследованных отнесли себя к курильщикам и две трети - к лицам, употребляющим алкоголь с различной частотой.

Значительная часть опрошенных (69%) считает, что здоровый образ жизни невозможен без материального благополучия, что не позволяет им регулярно заниматься спортом, правильно питаться, соблюдать режим труда и отдыха. Также среди причин, мешающих соблюдать здоровый образ жизни – отсутствие времени и нежелание что-либо соблюдать.

Изучение также показало, что большинство респондентов (46%) считает свои знания относительно здорового образа жизни достаточными, при этом не пользуется ими

или не знает, как можно правильно применить эти знания практически и с учетом своих медико-социальных характеристик. Среди основных мотивов ведения здорового образа жизни выявлено плохое самочувствие и стремление быть красивыми внешне.

При этом молодые люди выражают необходимость в информированности и получении знаний о здоровом образе жизни именно от специалистов медицинских и спортивных организаций, психологов, диетологов и т.п., т.е. от конкретных специалистов, а не телепередач, интернета и других средств массовой информации.

Опираясь на результаты проведенного нами исследования становится очевидно, что ориентации на здоровье и здоровый образ жизни не могут возникать у человека сами по себе. Их формирование происходит в результате воспитания и образования [2]. Поэтому ведущую роль в этом процессе помимо семьи и здравоохранения играет учебное заведение.

Создавая необходимые условия для обучения и воспитания, организуя здоровьесберегающее окружение, наш медицинский университет формирует свой особый тип жизнедеятельности обучающегося, свою особую «территорию здоровья», которая способствует не только сохранению и укреплению здоровья, но и развитию приверженности принципам здорового образа жизни [2, 3].

Немаловажную роль в формировании здоровьеориентированного мышления обучающегося играют личности преподавателей, которые являются не только убежденными сторонниками принципов ЗОЖ, но и владеют технологиями его формирования.

Учитывая профессиональные задачи будущих медицинских работников, обучающиеся активно вовлекаются преподавателями в проведение различных мероприятий, организованных Воронежским государственным университетом имени Н.Н.Бурденко, направленных на информирование населения о здоровом образе жизни. Это приобретает особую значимость, поскольку студенческому контингенту медицинского ВУЗа необходимо не только прививать чувство ответственности за своё собственное здоровье, но, что не менее важно, успешно формировать целый комплекс компетенций.

Самыми популярными отмечаются спортивно-массовые с участием специалистов, специализированные тематические акции и узконаправленные школы здоровья. Лидерами по числу участников являются спортивно-массовые мероприятия, где специалисты-организаторы вместе с участниками осваивают спортивно-массовые мероприятия, делятся личным опытом, обсуждают проблемы и помогают найти индивидуальный подход к

преодолению нестандартных ситуаций. Такие мероприятия являются мощным стимулом приобщения к здоровому образу жизни.

Также популярны мероприятия, где участники могут лично общаться со специалистами по вопросам здорового образа жизни. Это акции, посвященные профилактике сердечно-сосудистой патологии и принципам формирования здорового образа жизни у населения, где все присутствующие имеют возможность проконсультироваться у специалистов по вопросам организации и формирования здорового образа жизни лично, получают информацию о современных возможностях профилактики, способах и методах расставания с вредными привычками, информируются о местах подробного ведения и поддержки пациентов в более сложных случаях.

Менее масштабные по численности (до 20 человек), но не менее важными и востребованными являются организованные акции и школы здоровья, где участники получают подробную информацию относительно рациональной организации образа жизни при уже имеющейся патологии, получают необходимые навыки. К ним относятся: акции «Здоровье по вашим контролем!», «День профилактики неинфекционных заболеваний», «Час здоровья», школы здоровья в отделениях стационарных медицинских организаций и общеобразовательных учреждениях, таких как детские сады и школы.

Таким образом, организованная пропаганда медицинских и гигиенических знаний способствует снижению уровня заболеваний, и помогает воспитывать крепкое поколение.

#### **Список литературы:**

4. Инновационные образовательные технологии в непрерывном образовательном процессе / Крючкова А.В., Князева А.М., Кондусова Ю.В., Семынина Н.М., Полетаева И.А., Князев А.В., Булат М.В. // Уральский научный вестник. 2018. Т. 7. № 1. С. 79-81.
5. Профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике неинфекционных заболеваний / Кондусова Ю.В., Полетаева И.А., Анучина Н.Н., Карпухин Г.Н., Пятницина С.И., Гриднева Л.Г. // В сборнике: Бъдещите изследвания Материали за 12-а международна научна практична конференция. - 2016. С. 66-69.
6. Участие медсестер-бакалавров в работе школ здоровья / Кондусова Ю.В., Крючкова А.В., Семынина Н.М. // Медицинская сестра. - 2018. Т. 20. № 7. С. 49-50.

### **С ТРАДИЦИЯМИ МИЛОСЕРДИЯ В ВЕК ИННОВАЦИЙ**

**Кузнецова С. Б.** преподаватель ГБУ «ПОО «Астраханский базовый медицинский колледж», Астрахань

**Аннотация:** В данной статье давно известные нормы и правила профессиональной деятельности медицинской сестры дополняются новым содержанием, вытекающим из современных условий оказания медицинской помощи, пересмотренного «Этического кодекса медицинской сестры России».

**Ключевые слова:** медицинская сестра, этика, деонтология, милосердие.

«Сестра». Какое трогательное название дано этой медицинской профессии.

«Сестра» – не просто медицинский работник.

«Сестра» – близкий, свой, родной человек»

Н.А. Семашко

Особенностью современного здравоохранения является внедрение в медицинскую практику новых высокоэффективных технологий для диагностики и лечения заболеваний. В работе с современным оборудованием именно медицинской сестре отводится важная роль. При этом, совершенно нельзя допустить ее отрыва от пациента, передоверив больного человека медицинской технике. Используя возможности автоматизации лечебно-диагностического процесса, медицинской сестре следует совершенствовать качество и культуру обслуживания пациентов. На современном этапе от медицинской сестры требуется не только высокий профессионализм, но и умение соблюдать нормы этической и профессиональной культуры. Важной задачей в современных экономических условиях является сохранение у медицинской сестры гуманности и милосердия.

В связи с этим, преподаватели нашего колледжа, при обучении студентов, большое внимание уделяют вопросам этической и профессиональной культуры. Так же медицинские организации Астраханской области проводят масштабную работу по улучшению качества обслуживания пациентов, в том числе воспитанию профессиональной культуры медицинских сестер. Становится традицией проведение занятий с сестринским персоналом, конференций, мастер-классов и других мероприятий, уделяющих внимание этической составляющей в профессиональной деятельности медицинских сестер.

Знание и повседневное внедрение в практику учреждений здравоохранения принципов и норм этической и профессиональной культуры является важной целью обучения средних медицинских работников в Астраханской области.

Профессиональная деятельность медицинской сестры должна способствовать тому, чтобы применяемые методы лечения оказывали эффективное воздействие на пациента, а пребывание в медицинской организации было для него менее тягостным. Обязательной составляющей профессиональной деятельности должна стать способность медицинской

сестры увидеть ситуацию глазами пациента, почувствовать ее с позиции больного человека. Гуманность и милосердие – главный внутренний стержень медицинской сестры, проявляющийся в ежедневных поступках и поведении.

Медицинская этика и деонтология рассматривают принципы регулирования взаимоотношений и нормы поведения медицинских работников.

Непрерывное совершенствование профессиональных компетенций профессиональный долг медицинской сестры.

Медицинская сестра не должна нарушать главную этическую заповедь медицины: **«Прежде всего – не навреди!»**.

Неумелое обращение со словом, непрофессиональное выполнение обязанностей может привести к возникновению ятрогенных воздействий, то есть болезненных состояний у пациента, обусловленных деятельностью медицинских работников.

Важной составляющей деятельности медицинского работника является обязанность хранить **профессиональную тайну**.

Так же составляющей профессиональной культуры медицинской сестры является поддержание авторитета и репутации своей профессии, в том числе соблюдение профессионального этикета.

Медицинская сестра не может позволить себе выглядеть на рабочем месте так, как ей хочется. Скромность и аккуратность должны быть во внешнем облике медицинской сестры: одежда не раздражающей цветовой гаммы, обувь на устойчивом каблуке, ухоженные руки.

Доброжелательное выражение лица, улыбка, приветливость – это необходимые составляющие профессиональной культуры медицинской сестры. Частью профессионального этикета является культура речи медицинской сестры. Речь должна быть грамотная, без жаргонных слов, слов «паразитов», ориентированная на индивидуальные особенности каждого пациента. Медицинская сестра должна знать: как правильно приветствовать пациента, как представиться, как обратиться к пациенту.

Существенную долю в профессиональной культуре медицинской сестры занимают взаимоотношения с коллегами, в которых медицинская сестра должна быть честной, справедливой и порядочной, признавать и уважать их знания и опыт. От качества ее работы зависит психологический климат в коллективе, который играет важную роль в восстановлении здоровья пациента.

Помогая врачу, медицинская сестра должна быть чуткой и внимательной к людям, способной ненавязчиво, но настойчиво обеспечить активное наблюдение за состоянием

здоровья пациентов, строить свои взаимоотношения с окружающими на основе доброжелательности и взаимного понимания. Медицинская сестра должна дорожить честью принадлежности к самой гуманной человеческой профессии, уметь достойно держать себя в коллективе, проявлять профессиональный такт.

И в заключение, хочется еще раз подчеркнуть, что впечатление пациента о лечебном учреждении складывается не только из того какое лечение ему было проведено, но и от того как его встретили, как с ним разговаривали, какое отношение проявили к нему в тяжелый момент болезни. Соблюдение норм и принципов этики и деонтологии в процессе трудовой деятельности – дело сложное, требующее от каждого медицинского работника высокого уровня морального самосознания, систематической работы над собой.

Профессия медицинской сестры – высокий путь служения людям во имя гуманизма и милосердия, что ценится в любом обществе и во все времена.

**«Медицинская сестра! Не забывай, что доброта – твоя профессия, что милосердие – профессия твоя!»**

#### **Список литературы:**

1. Волков В.Н. Медицинская психология, деонтология и этика/ В.Н. Волков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 256 с.
2. Сагитова Г.Р. Клинический этикет/ Г.Р. Сагитова, В.М. Мирошников.– Астрахань: АГМУ, 2018. – 154 с.Самойленко В.В. Этический кодекс медицинской сестры России/ В.В. Самойленко – С.П., 2010. – 23 с.

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В УЧРЕЖДЕНИИ ОБРАЗОВАНИЯ «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.АНТОНОВА»**

**Максименко Ж. В.** руководитель практики учреждения образования «Витебский государственный медицинский колледж имени академика И.П.Антонова», Витебск, Беларусь.

**Аннотация:** в статье рассмотрены вопросы интеграции симуляционного обучения в систему подготовки медицинских сестер с целью качественного оказания медицинской помощи, обеспечения безопасности пациентов.

**Ключевые слова:** симуляция, обучение навыки, технология, оборудование.

Повышение требований к качеству и срокам оказания медицинской помощи, возрастание технологичности выполняемых диагностических и лечебных процедур,

проводимых в сжатые временные промежутки, требует от медицинских сестер высокого уровня освоения практических навыков и их поддержания в процессе профессиональной деятельности. Одним из способов достижения этих целей является симуляционное обучение дополняющее клиническое обучение, и позволяющее обучающемуся достичь более высокого уровня клинической компетентности. Элементы симуляционного обучения не являются новинкой в системе образования среднего медицинского персонала. Преподаватели медицинских колледжей Республики Беларусь отрабатывают практические навыки с учащимися на муляжах, фантомах, моделях, реанимационных манекенах с пошаговым выполнением, согласно алгоритмам, которые совершенствуются с учетом современных требований. Процесс интеграции симуляционного обучения в систему подготовки специалистов колледжа начинается с 1-го курса при изучении дисциплины «Сестринское дело и манипуляционная техника» с простых манипуляций по уходу за пациентом, с нарастанием уровня сложности навыков и умений до высокотехнологичных на последующих курсах при изучении клинических дисциплин и заканчивается отработкой действий в имитированных клинических ситуациях. В основе симуляционной технологии лежит имитационный тренинг по освоению практических навыков и умений, который широко используется преподавателями колледжа. Формирование навыка процесс долгий. Только в рамках симуляционного тренинга многократными повторениями можно умение довести до автоматизма. Выполнение медицинской манипуляции должно соответствовать всем требованиям алгоритма, а также требованиям к обеспечению безопасности медицинского работника, пациента, окружающей среды и соблюдения правил этики и деонтологии. Симуляционно - тренинговые занятия улучшают моторные навыки обучаемых, четкими, уверенными, профессиональными становятся их движения, сокращается количество неверных и лишних действий. Для обучения СЛР взрослым в колледже, используется тренажер «Максим», имеющий голосовой режим, с помощью которого контролируется правильность проведения ИВЛ, НМС, реанимационные манекены новорожденного не виртуальные, а механические, имитирующие жизнедеятельность новорожденного. Ежегодно в колледже проводятся занятия с использованием симуляционного обучения, Олимпиады профессионального мастерства по сестринскому делу и манипуляционной технике и клиническим дисциплинам. Каждый учащийся и выпускник при проведении текущей и итоговой аттестации демонстрирует практический навык на симуляционном оборудовании по всем изучаемым клиническим дисциплинам, проходит собеседование по клиническим ситуациям и задачам. Итоговая аттестация проходит в формате

комплексного междисциплинарного экзамена. В условиях симуляционного обучения деятельность обучаемых направлена не только на освоение отдельных навыков, но и на междисциплинарное обучение, работу в команде, выработку безопасных форм профессионального поведения и навыков общения с пациентом. Для многих это возможность преодолеть профессиональный страх при виде пациента в критической ситуации, для других проявить свой лидерский потенциал. Симуляционное обучение, сценарный подход к обучению позволяют многократно и точно воссоздавать типичные или нестандартные клинические ситуации, что дает возможность адаптировать ситуацию под каждого обучающегося. Симуляционное обучение позволяет:

- создать клиническую ситуацию максимально приближенную к реальной практике без риска для пациента и многократно самостоятельно отработать мануальные навыки с правом на ошибку, недопустимую в жизни;
- отработать алгоритмы действий каждого обучающегося и группы в целом;
- сократить количество и последствия медицинских ошибок, которые могут быть определены, обсуждены и исправлены, что увеличивает безопасность пациентов;
- создать условия для выработки и поддержания навыков профессиональных действий в редких ситуациях, необходимых каждому специалисту (например, сердечно-легочная реанимация);
- выбрать тактику оказания неотложной помощи в различных неотложных ситуациях в соответствии с существующими стандартами;
- решить этические и правовые проблемы.

Для бесперебойной и эффективной работы системы симуляционного обучения необходимо решение ряда задач:

1. Интеграция симуляционного обучения в действующую систему медицинского образования на всех уровнях.
2. Внедрение системы обязательной аттестации с использованием симуляционных технологий.
3. Создание отдельного симуляционно - аттестационного центра общего доступа с постоянным штатом преподавателей-инструкторов, учебно-вспомогательного и технического персонала.
4. Приобретение достаточного количества и широкого ассортимента симуляционного оборудования различного уровня реалистичности.
5. Техническое обслуживание симуляционного оборудования, ремонт, планирование финансовых средств на расходные материалы симуляционного обучения.

6. Разработка учебно-методического обеспечения симуляционного обучения, единого для всей системы здравоохранения Республики Беларусь.
7. Расчет потока учащихся и слушателей, занимающихся в симуляционном центре.
8. Расчет площадей и расположения залов симуляционного обучения в обстановке, приближенной к реальности.
9. Для учреждения образования открытие симуляционно-аттестационного центра означает значительные первоначальные инвестиции, а также существенные текущие расходы.

Необходимость качественного оказания медицинской помощи, обеспечение безопасности пациентов – основная причина повышенной востребованности симуляционного обучения, и оно действительно способно исправить многие недостатки в практической подготовке медицинского персонала.

#### **Список литературы:**

1. Электронный ресурс: <https://www.s-vfu.ru/universitet/rukovodstvo-i-struktura/instituty/mi/u/sc/>.
2. Электронный ресурс: <http://www.inteeu.com/2017/06/11/sovremennaya-meditsina-i-bezopasnost-patsientov/>
3. Симуляционное обучение в медицине /Под редакцией профессора Свистунова А.А. Составитель Горшков М.Д. - Москва.: Издательство Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, 2013 -288с. ил.

### **МЕТОД КЕЙСОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ ОКАЗАНИЮ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Махмудов И. Х.** преподаватель Борисовского государственного медицинского колледжа г.Борисов, Минская область, Республика Беларусь

**Аннотация:** Рассматривается применение методики структурированных клинических кейсов при обучении оказанию неотложной помощи специалистов, получающих среднее специальное медицинское образование.

**Ключевые слова:** симуляционное обучение, метод кейсов.

Симуляционные технологии активно выходят на передний план в образовательном процессе. С их помощью осваиваются коммуникативные навыки, диагностические приемы, алгоритмы действий в непредвиденных и чрезвычайных ситуациях, базовые и углубленные навыки и умения. Среди разнообразных технологий, применяемых в симуляционном обучении, важное место занимает метод кейсов [1, 2].

Педагогами Борисовского государственного медицинского колледжа для обучения оказанию неотложной помощи разрабатываются разнообразные клинические сценарии, эффективность которых проверяется в ходе практических занятий по клиническим дисциплинам. Мы применили методику «структурированных клинических кейсов» при обучении приемам оказания неотложной помощи специалистов, получающих среднее специальное медицинское образование.

В качестве примера приводим один из клинических сценариев: «Пациент с приступом бронхиальной астмы». Целевая аудитория: учащиеся III курса по специальности 2-79 01 01 «Лечебное дело». Цель: создание условий для усвоения учащимися принципов оказания неотложной помощи при острой дыхательной недостаточности.

Оснащение (клинический кейс):

- клиническая задача «Приступ бронхиальной астмы» (текст);
- «Карта вызова бригады скорой (неотложной) медицинской помощи» и «Сопроводительный лист бригады скорой (неотложной) медицинской помощи» - по 1 бланку на каждого учащегося;
- учебные видеофильмы: «Бронхиальная астма» - продолжительность 00:06:38; «Отек легких» - продолжительность 00:05:06;
- аудиозапись дыхательных шумов при приступе бронхиальной астмы;
- инструкции по применению лекарственных препаратов сальбутамол, аминофиллин и преднизолон;
- нормативно-правовая документация:

Алгоритм 22 «Приступ бронхиальной астмы» [3].

Приказ Управления здравоохранения Миноблисполкома от 6.10.2010 №426 «О совершенствовании организации работы службы скорой медицинской помощи». **Раздел «Показания для проведения ЭКГ-исследования на догоспитальном этапе».**

- презентация «Тестовое задание по теме «Острая дыхательная недостаточность»;
- технические средства обучения: телевизор, ноутбук, флэш-карта.

Учащимся предлагается клиническая задача, описывающая пациентку с приступом бронхиальной астмы. Необходимо решить следующие вопросы:

- 1) Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
- 2) Сформулируйте диагноз.
- 3) Окажите скорую медицинскую помощь.

Для ответа на первый вопрос привлекаются документы структурированного кейса: Алгоритм 22 «Приступ бронхиальной астмы», «Показания для проведения ЭКГ-

**исследования на догоспитальном этапе».** В итоге должен быть сформулирован перечень необходимых дополнительных исследований: перкуссия органов грудной клетки; регистрация ЭКГ; глюкометрия; пульсоксиметрия; измерение температуры тела.

Прежде чем сформулировать диагноз, учащимся демонстрируются аудиозапись дыхательных шумов при приступе бронхиальной астмы, видеосюжеты «Бронхиальная астма» и «Отек легких». Обращается внимание учащихся на:

- различные типы одышки (экспираторная, экспираторная);
- различное поведение пациентов с бронхиальной астмой и отеком легких;
- положение ортопноэ;
- прерывистую речь у пациентов с дыхательной недостаточностью;
- психомоторное возбуждение у пациента с отеком легких и т.п.

Формулируется диагноз: БА, atopическая. Приступ удушья средней тяжести. Для определения степени тяжести приступа также используется Алгоритм 22 «Приступ бронхиальной астмы».

При обсуждении оказания неотложной помощи пациентке обращается внимание учащихся на следующие вопросы:

- возможность передозировки салбутамола самим пациентом;
- побочное действие применения аминофиллина – тахикардия. Способы борьбы с тахикардией;
- особенности оксигенотерапии у пациентов с дыхательной недостаточностью.

Для получения ответов на поставленные вопросы используются инструкции по применению лекарственных препаратов салбутамола, аминофиллин и преднизолон.

Продолжительность решения клинической задачи – 75 минут.

Учащимся предлагается самостоятельно заполнить первичную медицинскую документацию. Продолжительность этапа – 45 минут.

С целью закрепления полученных знаний, терминов учащиеся отвечают на вопросы тестового задания по теме «Острая дыхательная недостаточность» (30 вопросов).

Использование метода кейсов при изучении клинической дисциплины позволяет более глубоко освоить учебный материал, укрепить внутридисциплинарные и междисциплинарные связи, получить навыки персонифицированного подхода к выбору лечебных мероприятий и тактического решения.

#### **Список литературы:**

1. Горшков, М.Д. Специалист медицинского симуляционного обучения / сост. М.Д.Горшков. - РОСОМЕД, 2016. – 320 с.

2. Свистунов, А.А. Симуляционное обучение в медицине / Под редакцией профессора Свистунова А.А. Составитель Горшков М.Д. – Москва: Издательство Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, 2013. – 288 с., ил.

3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.09.2010 г. №1030 «Об утверждении клинического протокола оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению и признании утратившими силу отдельных структурных элементов приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 июня 2006 г. № 484» [Текст].

## **ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

**Миляева Н. Р.** Преподаватель нервных и психических болезней ГБУ СПО «Астраханский базовый медицинский колледж», Астрахань

**Аннотация:** Данная статья посвящена проблемам этики и деонтологии в работе медицинской сестры. Проанализированы основные требования к медицинскому работнику при общении с пациентами и между собой. Показано, что современные правила этики и деонтологии необходимо соблюдать в медицинском учреждении. Все работники должны подчиняться строгой дисциплине с соблюдением субординации.

**Ключевые слова:** взаимодействию между медицинским работником и пациентом, этическое воспитание, деонтологические подходы, дефект в этическом поведении и деонтологии медицинской помощи.

Определение «этика» используется, когда речь идет о теории морали, того или иного толкования таких понятий, как долг, совесть, честь, справедливость и т. п. Соблюдение этики и деонтологии представляется чрезвычайно важным в системе здравоохранения.

Задачами медицинской этики является изучение отношений медицинского работника к пациенту, обществу и взаимоотношение медицинских работников между собой. Медицинская сестра обязана соблюдать нравственные нормы, в ходе выполнения своих профессиональных обязанностей.

Медицинская этика весьма тесно соприкасается с медицинской деонтологией – учением о проблемах морали и нравственности, являющимся разделом этики. Деонтология главным образом определяет нормы взаимоотношений медицинского работника и пациента. Этика и деонтология тесно взаимосвязаны между собой.

На сегодня этика существует в четырех формах или моделях:

1. Модель Гиппократова, основной принцип — «не навреди». Принципы врачевания, заложенные отцом медицины Гиппократом (460–377гг.), лежат у истоков врачебной этики и отражены в знаменитой «Клятве», которая и сегодня актуальна.

2. Модель Парацельса (1493 -1541гг.) — «Делать добро», сложилась в средние века. Основное значение имеет эмоциональный контакт врача с пациентом, на основе которого строится весь лечебный процесс. [3]

3. Деонтологическая модель или врачебная этика возникла в 1840 г. ввёл выдающийся хирург Н. Н. Петров. Основным принципом является «нравственная безупречность», «соблюдение долга». Она базируется на строжайшем исполнении «кодекса чести».

4. Биоэтика — современная форма традиционной биомедицинской этики является принцип «уважения прав и достоинства человека».

Согласно современным правилам этики и деонтологии работа в медицинском учреждении должна подчиняться строгой дисциплине с соблюдением субординации. По отношению к пациенту медицинский работник обязан проявлять внимательность и корректность. [1]

Рассмотрим основные аспекты этики и деонтологии в работе медицинской сестры.

При общении медицинской сестрой и пациента она обязана быть выдержанной и приветливой.. Недопустимыми как фамильярность и панибратство так и чрезмерная сухость и официальность. Обращаться к больным следует на «Вы» и по имени и отчеству. Нельзя в присутствии больных обсуждать поставленный диагноз, план лечения, говорить о заболеваниях соседей по палате. Запрещается подвергать сомнению правильность проводимого лечения в присутствии больного. Перед тяжелыми и болезненными процедурами медсестра должна разъяснить в доступной форме значение, смысл и необходимость их для успешного лечения и снять психоэмоциональное напряжение.

Нередко медицинским работникам приходится общаться и с родственниками пациента. При этом необходимо сохранять сдержанность, спокойствие и тактичность. Лицам, ухаживающим за тяжелобольными разъяснять правильность выполнения процедур и манипуляций. Беседовать только в пределах своей компетенции (не имеет право рассказывать о симптомах, о прогнозе заболевания, а должна направить к лечащему врачу). Отвечать на вопросы спокойно, неторопливо, обучать правильному уходу за тяжелобольными.

В отношениях медицинской сестры и врача недопустимы грубость, неуважительное отношение в общении. Необходимо исполнять врачебные назначения своевременно, четко

и профессионально. Срочно информировать врача о внезапных изменениях в состоянии больного. При возникновении сомнений в процессе выполнения врачебных назначений в тактичной форме выяснить все нюансы с врачом в отсутствие больного.

Большое значение имеет отношение медицинских сестер между собой. Недопустима грубость и неуважительное отношение к коллегам. Замечания должны делаться тактично и в отсутствие больного. Опытные медсестры должны делиться с молодыми своим опытом. В сложных ситуациях должны помогать друг другу. [2]

Нельзя не выделить еще один термин ятрогения, имеющий непосредственное отношение к работе современной медицинской сестры. Это – болезненное состояние, развивающееся у пациента в связи с негативным влиянием на него медицинского работника. В своей работе медики сталкиваются с разными пациентами, если они мнительные или психологически нестабильны, то неосторожно озвученный серьезный диагноз, неблагоприятный прогноз в присутствии пациента может негативно отразиться на его состоянии. Поэтому медицинский работник должен строить план общения с учетом индивидуальных особенностей характера больного, уровня его образованности и тяжести его состояния.

За нарушение Этического кодекса медицинской сестры России медсестра несет ответственность, предусмотренную Уставом Межрегиональной ассоциации медицинских сестер России.

#### **Список литературы:**

1. Лещинский А.А. «Медицинская этика и деонтология» - Ижевск, 2005 г.
2. Палеев Н.Р. «Справочник медицинской сестры по уходу» под редакцией академика РАМН Москва, 1993 г.
3. Яровинский М. Я. «Мудрость врачевания XXI века» научное издание, Мед. помощь 2006 год. с. 46-50

### **СКРИПТ КАК ИНСТРУМЕНТ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

**Неверович А. С.** преподаватель УО «Борисовский государственный медицинский колледж», г. Борисов, Республика Беларусь

**Аннотация:** Общение с пациентом - важнейший элемент процесса лечения - является искусством, которым необходимо овладеть для успешного взаимодействия с ним. При попадании в больничную среду изменяется жизненный стереотип человека, которого охватывают чувства тоски, одиночества, страха, обусловленные не только самой

болезнью, но и оторванностью от дома, семьи, коллег, от всего, что до сих пор было привычным.

Составление скриптов, как метод обучения будущих медицинских работников, нацелено на формирование их коммуникативных качеств, необходимых для общения с пациентами. Заранее проработанные схемы ведения разговора повышают уверенность медицинского работника в общении с пациентами, его эмоциональную устойчивость в ключевые моменты беседы.

**Ключевые слова:** общение с пациентом, скрипт, схема разговора с пациентом.

Основой взаимоотношений является слово, что было известно еще в древности. В.М. Бехтерев в 1898 году писал: «Всякий знает, какое магическое оздоравливающее действие может приобрести одно утешительное слово и, наоборот, иногда, как убийственно, в буквальном смысле слова, действуют на больного суровый холодный приговор врача, не знающего или не желающего знать силы внушения». Тактичным словом можно поднять настроение пациента, вселить в него надежду на выздоровление, и в то же время неосторожным словом можно глубоко ранить его, вызвав резкое ухудшение состояния его здоровья. Важно не только, что говорить, но и как, зачем, где говорить. Необходимо учитывать то, как отреагирует тот, к кому обращается медицинский работник: пациент, его родственники, коллеги и т.д. Медицинский работник должен обладать особой «чувствительностью к человеку», он должен уметь понять пациента и его близких, уметь слушать «душу» пациента, успокоить и убедить. Это своего рода искусство, причем, нелегкое.

В медицинской деятельности существенное место занимает высокая частота межличностных контактов при общении с пациентами и их родственниками, что, несомненно, предъявляет высокие требования к коммуникативной компетентности современного медицинского работника. В ходе лечебного процесса приходится взаимодействовать с самыми разными пациентами, на психологическое состояние которых оказывает влияние то или иное соматическое заболевание, меняющее привычный образ жизни и отношение его к окружающим людям и самому себе.

Следовательно, современный медицинский работник должен уметь выбирать тактику общения, максимально адекватную личностным характеристикам больного человека, его поведение должно точно совпадать с психологическими особенностями каждого нового пациента.

В процессе общения медицинский работник решает множество задач, и не всегда оно проходит легко, без проблем и конфликтов. В подобных ситуациях большую помощь

может оказать умение составлять и применять скрипты ведения беседы с пациентом, которые позволяют медицинскому работнику быстро сориентироваться, в каком направлении вести разговор с пациентом, быть готовым к любому ответу или вопросу пациента. Заранее проработанные схемы ведения разговора повышают уверенность медицинского работника в общении с пациентами, его эмоциональную устойчивость в ключевые моменты коммуникаций.

Скрипт в профессиональной деятельности медицинских работников – это заранее продуманная и подготовленная схема разговора с пациентом, последовательность вопросов/рекомендаций медицинского работника и возможных вариантов ответов пациента. Данная схема должна предусматривать и учитывать различные сценарии поведения пациента, начиная с момента приветствия и заканчивая выполнением целевого действия.

Цель скрипта – повышение вероятности запланированного целевого действия на пациента. Под целевым действием следует понимать конкретный, однозначно измеримый результат, которым должно закончиться данное общение с пациентом.

Скрипты решают следующие задачи:

- повышение эффективности и результативности каждого контакта;
- снижение временных затрат;
- повышение качества отработки возражений пациента и грамотная нейтрализация негативных ситуаций;
- повышение имиджа медицинского работника.

Скрипт имеет определенную конструктивную основу – своеобразный «скелет». На этой основе базируются готовые речевые модули медицинского работника и пациента, которые составляются с учетом не только медицинских, но и психологических знаний.

Основные этапы создания скрипта можно представить следующим образом:

1. Определить основные элементы разговора:

- установление контакта с пациентом;
- выяснение потребностей пациента;
- изложение необходимой информации;
- работа с возражениями/вопросами;
- завершение контакта.

2. Продумать различные варианты реакций пациента на каждый из элементов беседы.

3. На каждую реакцию пациента прописать речевой модуль (ответ) медицинского работника.

Составление скриптов, как метод обучения будущих медицинских работников, нацелено на формирование их коммуникативных качеств, необходимых для общения с пациентами. Заранее проработанные схемы ведения разговора повышают уверенность медицинского работника в общении с пациентами, его эмоциональную устойчивость в ключевые моменты беседы.

#### **Список литературы:**

1. Баландина, Е. Коммуникативная компетентность медицинских работников / Е. Баландина // Высшее образование в России. 2006. № 11. С. 152–153.
2. Носачёв, Г.Н. Эффективное общение и предупреждение конфликтов в системе "врач - пациент" [Текст]: науч.-практ. пособие / Г.Н.Носачёв. - Москва: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2015.
3. Коммуникации в деятельности медицинских работников. Уч.пособие / Под ред. В.А. Решетникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
4. Формирование коммуникативной компетентности у студентов медицинского ВУЗА (теоретические и практические аспекты). Уч.-метод. пособие / Под ред. Ю.В. Михайлюк, В.А. Хриптович, В.А. Манулик – Мн.: БГМУ, 2015.

### **ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И МЕРЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ СРЕДИ СРЕДНЕГО МЕДПЕРСОНАЛА**

**Полетаева И. А.** к.м.н., доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

**Крючкова А.В.** доцент, к.м.н., заведующая кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

**Кондусова Ю.В.** к.м.н., доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

**Веневцева Н.В.** преподаватель кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

**Пятницина С.И.** ассистент к.м.н., кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

**Чичиль Ю.А.** студентка 3 курса института сестринского образования отделения среднего медицинского и фармацевтического образования ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

В России 70 млн. населения относятся к группе экономически активного населения, то есть так или иначе привлечены к выполнению какой-либо работы. Занимаясь трудовой

деятельностью, многие работники контактируют с одним или несколькими вредными производственными факторами, которые подчас могут нанести ущерб здоровью.

Результатом их влияния являются профессиональные и производственно - обусловленные заболевания.

Важно подчеркнуть, что за счет улучшения условий труда достигается весомый экономический эффект. Он складывается из сокращений выплат пособий по заболеваемости с временной утратой трудоспособности, уменьшения расходов на медицинскую и социальную реабилитацию. В связи с этим здоровье работников должно стать одной из приоритетных задач, оставленных перед работодателями в условиях развивающейся рыночной экономики.

Кроме того, качество работы напрямую зависит от состояния здоровья работников. Следовательно, состояние здоровья медицинских работников не может не отражаться на качестве оказания медицинской помощи населению. В связи с чем раннее выявление и предупреждение возникновения заболеваний медработников, вызванных производственными факторами, является социально-значимой проблемой, что в конечном итоге отражается не только на здоровье конкретного человека, но и общества в целом.

Проблема здоровья медработников, влияние неблагоприятных факторов, возникающих в процессе производственной деятельности, в настоящее время недостаточно изучена. Оценки здоровья медработников фиксируют его серьезное ухудшение. Причины – нагрузки, вынужденная работа на 1,5–2 ставки, а также работа в выходные и праздничные дни. К тому же возможности питания и перерывов в рабочую смену, санаторно-курортного лечения часто отсутствуют. Одной из основных опасностей в работе медработников является заражение опасными инфекционными заболеваниями, такими как ВИЧ-инфекция и вирусный гепатит. Гепатитом В они инфицируются в 5–10 раз чаще, чем остальные группы населения. Связь неблагоприятных условий труда с профессиональной заболеваемостью в отрасли налицо. В течение 2003–2008 гг. у работников отрасли выявлялось по 440–522 случая профзаболеваний, вызванных в основном биологическими агентами (70,6%), лекарственными препаратами (7,8%), химическими веществами (12,3%). В структуре профзаболеваний 2006 г. преобладали туберкулез органов дыхания (54,9%), гепатит (10,9%), бронхиальная астма (10,2%), дерматит (4,8%), аллергоз (3,1%). На сегодняшний день проблема профессиональных заболеваний у медработников стоит достаточно остро. Правительство Российской Федерации своим постановлением от 01.12.2004 г. №718 утвердило перечень социально

значимых заболеваний, которые могут быть признаны профессиональными заболеваниями, т.е. производственно обусловленными.

К социально значимым заболеваниям относятся такие заболевания как туберкулез, гепатиты В и С, болезнь, ВИЧ инфекция, злокачественные новообразования, а также психические расстройства и расстройства поведения.

В самом названии проблемы заложено ее определение: заболевание, связанное с систематическим и длительным воздействием вредных факторов или особых условий труда, свойственных профессии. Заболевание признается профессиональным, если исключается возможность влияния на развитие данного заболевания других факторов, не связанных с условиями труда (бытовые условия, инфекция и прочие). В Российской Федерации факт профессионального заболевания устанавливается специализированными медицинскими учреждениями в соответствии со списком профессиональных заболеваний и инструкцией по его применению. Медработники также подвергаются воздействию неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса. Даже у медиков с небольшим стажем нередко выявляется снижение иммунитета и антиинфекционной резистентности, что в конечном итоге приводит к ослаблению защитных механизмов с последующим развитием хронических заболеваний, утяжелением их течения, присоединением осложнений. В настоящее время приоритетной задачей для здравоохранения является повышение качества медицинской помощи. Реформирование сестринской службы, прежде всего, ставит своей задачей повышение качества оказания сестринской помощи населению. Безусловным резервом повышения качества медицинских услуг населению является правильная организация работы медицинских специалистов среднего звена: рациональная расстановка кадров, планирование работы, сохранение кадрового потенциала, что в свою очередь делает актуальной проблему сохранения здоровья медицинских работников и главная роль здесь отводится профилактике профессиональных заболеваний. Состояние здоровья медработников, безусловно, зависит от условий их труда. Неблагоприятные факторы способствуют повышению заболеваемости с временной утратой трудоспособности на 40% и более. Повышенную заболеваемость, вследствие работы с вредными условиями, можно считать производственно обусловленной. Однако далеко не всегда неблагоприятные факторы провоцируют развитие профессионального заболевания, если их интенсивность не столь значительна и нормально функционируют защитные силы организма. Но иммунитет не всегда справляется с провоцирующими факторами. Наступает своего рода срыв приспособительных механизмов, что и приводит к возникновению в конечном итоге

различных заболеваний. Снижение иммунитета наблюдается у работников, контактирующих с любыми вредными производственными факторами.

Практически любая медицинская специализация имеет свою вредность. Работа медсестры процедурного кабинета – это ежедневный контакт с различными аллергенами: лекарственными веществами, дезинфицирующими средствами, и, как следствие, при наличии предрасположенности, в будущем возможно развитие аллергических заболеваний, бронхиальной астмы, атопического дерматита, труд хирурга включает не только постоянный контакт с токсическими веществами, но и длительное нахождение в вынужденной рабочей позе.

Анализ состояния профзаболеваемости обнаруживает тенденцию ее роста, особенно у среднего медицинского персонала. В структуре профзаболеваемости преобладают хронические формы обусловленных трудом заболеваний (около 90%). Так, в 2008 г. периодическими медосмотрами выявлено 57,2% случаев хронических форм (при обращениях – 42,8%). По большей части профессиональную патологию составили туберкулез органов дыхания, гепатит, бронхиальная астма. Показатели здоровья медработников хуже среднестатистических демографических. Лидером среди профзаболеваний оказались вирусные гепатиты – примерно 40% всех инфицированных медицинских работников больны именно ими. Учитывая важность проблемы, организация работы среднего медицинского звена в условиях стационара, должна обеспечивать систему мер, направленных на предупреждение и снижение риска развития профессиональных заболеваний.

В вопросах профилактики профессиональных заболеваний основная роль отводится в стационарах руководителям сестринского звена и среднему медперсоналу. Ежедневное, тщательное и неукоснительное выполнение требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в ходе исполнения своих профессиональных обязанностей и составляет основу перечня мероприятий по профилактике профзаболеваний. В этой связи следует особо подчеркнуть значимость роли старшей сестры отделения стационара. Они являются организаторами сестринского дела в ЛПУ и должны располагать исчерпывающим «багажом» профессиональных знаний и информации, поступающей из многочисленных источников, и уметь передать эти знания среднему звену – медицинским сестрам. Для этого старшая сестра должна способствовать обучению сестринского персонала на циклах специализации или переподготовки в системе повышения квалификации. Всю информацию, необходимую для расширения профессиональных знаний медицинских сестер, старшая сестра должна доводить до

среднего медперсонала, тем самым создавая основу формирования качественно нового уровня сестринской помощи, в том числе и качественный новый подход к оценке собственного здоровья и к снижению риска заражения инфекциями, передающимися гематогенным путем.

Одним из самых значимых направлений профилактики вирусных гепатитов является – дезинфекция. Данный аспект деятельности медицинского персонала является многокомпонентным и имеет своей целью уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов на медицинском инструментарии и оборудовании. Организация дезинфекционного дела и его реализация старшей сестрой и средним медицинским звеном является одной из основных обязанностей. Незнание медицинским персоналом научно обоснованных фактов использования для очагов дезинфекции растворов с более низкой концентрацией активно действующего вещества ведет к появлению в стационарах риска передачи возбудителя. В связи с этим задачей старшей сестры отделения является своевременное обучение сестринского персонала использованию дезинфицирующих средств, применяющихся для обработки медицинского инструментария, а также текущий контроль за выполнением надлежащих обязанностей со стороны сестринского персонала. Необходимо знать и помнить, что соблюдение правил противоэпидемического режима и дезинфекции это, прежде всего, предотвращение заболеваний и сохранение здоровья медицинского персонала. Данное правило действует для всех категорий медицинских работников, а в особенности для персонала, работающего в операционных, перевязочных, манипуляционных и лабораториях, т.е. имеющих более высокий риск заболеваемости парентеральным вирусным гепатитом из-за непосредственного контакта с потенциально инфицированным биологическим материалом (кровь, плазма, моча, гной и т. д.).

Работа в этих отделениях требует особого соблюдения персоналом режимных моментов – личной защиты и правил техники безопасности, обязательной дезинфекции перчаток, отработанного материала, одноразового инструментария и белья перед их утилизацией, регулярности и тщательности проведения текущих генеральных уборок.

Важно в работе старшей сестры с сестринским персоналом разработать мероприятия, направленные на оптимизацию трудового процесса для снижения нагрузок в профессиональной деятельности медсестер за счет стабилизации кадровых ресурсов. Снизить воздействие неблагоприятных факторов возможно путем использования средств индивидуальной защиты и соблюдения правил санэпидрежима за счет улучшения материального оснащения отделения. Регулярное наблюдение за состоянием здоровья

персонала (предварительные и периодические медосмотры, группы диспансерного наблюдения) позволят выявить группы риска и снизить частоту заболеваемости. По данным исследования, проведенного по проблеме профессиональных заболеваний в одной из московских клиник, выяснилось, что медицинские работники в процессе своей профессиональной деятельности получают ежегодно хотя бы одну рану от применения медицинских инструментов, что существенно повышает риск заражения инфекцией на рабочем месте. При этом 70% медсестер, получивших производственную травму, не обращались после этого за врачебной помощью, а 35% вообще не сообщали о ранении. Между тем в подобных случаях обязательно должно назначаться обследование, чтобы выяснить, не стала ли медсестра носителем какой-либо инфекции.

Все вышесказанное требует от органов управления всех уровней, надзорно-контрольных органов и работодателей проведения целенаправленной и систематической работы по устранению или понижению степени воздействия неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса через выявление и идентификацию рискованных ситуаций.

#### **Список литературы:**

1. Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» // Собрание законодательства Российской Федерации от 6 декабря 2004 г., № 49, ст. 4916.
2. Артамонова В.Г, Мухин Н.А. Профессиональные болезни: Учебник. – М.: Медицина, 2014.
3. Малов В.А. Сестринское дело при инфекционных заболеваниях: Учебник. – М.: Академия, 2017.
4. Марченко Д.В. Охрана труда и профилактика профессиональных заболеваний: Учебное пособие. – Ростов н/Д.: Феникс, 2018. Med\_02\_11.indd Sec8:57 24.01.2011 15:31:46

#### **ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

**Полетаева И.А.** к.м.н., доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

**Крючкова А.В.** доцент, к.м.н., заведующая кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

**Кондусова Ю.В.** к.м.н., доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

**Князева А.М.** к.м.н., ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

**Анучина Н.Н.** ассистент к.м.н., кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

**Семынина Н.М.** ассистент к.м.н., кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

**Булат М.В.** студентка института сестринского образования 302 группы отделения среднего медицинского и фармацевтического образования ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Актуальность ВИЧ инфекции в настоящее время обусловлена тем, что это заболевание постоянно прогрессирует среди населения, поражая все большее и большее количество людей не только в России, но и во всем мире. По данным ООН всего в мире насчитывается около 40 млн. человек инфицированных ВИЧ. Несмотря на активную пропаганду профилактических мероприятий, с каждым годом регистрируются все новые случаи инфицирования. Эпидемия этого инфекционного заболевания стала дополнительным фактором, создающим чрезмерные нагрузки на здравоохранение, тем, что возникает риск инфицирования медицинских работников в результате профессиональной деятельности [1].

ВИЧ-инфекция - это состояние, при котором в крови человека присутствует вирус иммунодефицита человека. Этот вирус паразитирует в клетках иммунной системы. Инфекция развивается медленно, провоцируя повышение уязвимости организма к болезням вирусного и бактериального характера. Вирус завершается стадией под названием СПИД. СПИД - это синдром приобретённого иммунодефицита человека [3].

Достаточно долго высказывались мнение о связи заболевания с половым поведением мужчин гомосексуалистов, которые составляли большую часть впервые выявленных больных со СПИД в США. Практически сразу появились сведения о случаях заражения СПИД, которые были связаны с переливанием крови, что позволило сделать вывод о возможности простого носительства возбудителя заболевания. Уже к концу 1982 г. очевидно, что природа СПИД - инфекционная. Неверно думать, что человек, ведущий здоровый образ жизни, не может подвергнуться этому недугу. На самом деле, вирус поражает людей независимо от их возрастной категории, гендерной принадлежности, социальной группы и доходов [2].

Впервые случай заражения медицинского работника ВИЧ-инфекцией в результате укола иглой был описан в 1984 году. На сегодняшний день в мире описано 344 случая профессионального заражения. Чаще всего заражались медицинские сестры – 48,2 %, на втором месте находились сотрудники клинических лабораторий – 39,3 % всех заражений и на третьем месте – врачи хирургических специальностей – 12,5 % всех случаев заражения.

Поэтому, наиболее частым механизмом передачи инфекции является половой, а также в процессе переливания крови или её частей, а так же через медперсонал, который регулярно контактирует с биологическими жидкостями или при случайном травмировании иглой или медицинским инструментом после инфицированного больного. На данный момент нет средств, позволяющих полностью победить ВИЧ-инфекцию. Поэтому лечение в основном направлено на предупреждение и замедление развития болезни [1].

Для выяснения осведомлённости медицинских работников о мерах профилактики ВИЧ-инфекции было проведено анкетирование в БУЗ ВО г. Воронежа ВГКБСМП номер 10. Анкета состояла из 10 вопросов. В анкетировании приняли участие работники хирургического (10 человек) и урологического (29 человек) отделений.

Большинство работников (45%) часто сталкиваются с пациентами в диагнозе которых указана ВИЧ - инфекция. Это подтверждает, что опасность профессионального заражения велика.

По результатам опроса можно сделать вывод, что несмотря на то что большинство знают алгоритм действий при аварийной ситуации, связанной с ВИЧ, всё же остаются 10%, которые не знают как себя вести при такой ситуации. На вопрос о наличии Аптечки Анти Спид 85% анкетированных ответили, что она имеется в отделении. Можно предположить, что другие 15% опрошенных, которые ответили, что аптечки нет, никогда не сталкивались с аварийными ситуациями и им не приходилось пользоваться данной аптечкой.

На вопрос об использовании защитной одежды при работе с пациентами, 85% ответили, что используют защитную одежду. Остальные же 15% предпочитают временами игнорировать ношение защитной одежды, тем самым увеличивая риск инфицирования на рабочем месте. На вопрос о том проводятся ли в медицинской организации занятия по тактике действий при аварийных ситуациях, 85% ответили, что проводятся. Это является положительным результатом, так как именно профилактические

занятия с медицинскими работниками могут помочь избежать заражения на рабочем месте.

Таким образом, исходя из сказанного, можно сделать вывод: для уменьшения риска заражения следует ответственно подходить к выполнению своих обязанностей и заботиться о своём здоровье.

#### **Список литературы:**

1. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология : учебник : в 2 т. / под ред. В. В. Зверева, М. Н. Бойченко. - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2014. - Т. 2. - 480 с
2. "ВИЧ инфекция и СПИД. Клинические рекомендации" под редакцией В. В. Покровского - М. ГЭОТАР- Медиа, 2016г.
3. Организация сестринской деятельности: учебник / под ред. С. И. Двойникова. - М.: - ГЭОТАР-Медиа. - 2014. - 528 с.

### **СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ КАК ВАЖНЕЙШИЙ ФАКТОР РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**Попов К. И.** преподаватель Областного государственного автономного профессионального образовательного учреждения «Старооскольский медицинский колледж»

**Заболев А. М.** преподаватель Областного государственного автономного профессионального образовательного учреждения «Старооскольский медицинский колледж»

**Аннотация:** в статье авторы рассматривают особенности сестринского процесса применительно к раннему послеоперационному периоду у больных хирургического профиля.

**Ключевые слова:** послеоперационный период, сестринский процесс, осложнения, профилактика.

В успешном лечении больных хирургического профиля во многом определяющее значение играет чёткое и грамотное взаимоотношение всего персонала отделения: от заведующего до санитарки.

Особенностью пациентов отделений хирургического профиля является, в том числе, необходимость выполнения им оперативного пособия. И роль медсестры в восстановлении больного после операции трудно переоценить [1].

По временному призраку выделяют следующие стадии послеоперационного периода: ранняя (реанимационная); поздняя и отдалённая. В каждую стадию сестринский процесс имеет свои задачи и особенности [1].

Мы рассмотрим особенности сестринского процесса в раннем (3 – 5 суток) послеоперационном периоде (РПП).

Те или иные осложнения РПП развиваются от 22 до 29,2% прооперированных пациентов [2,3,5].

Этот отрезок времени требует от медицинской сестры наибольшей концентрации, внимания и, естественно, хорошей теоретической подготовки и безукоризненного владения практическими навыками в пределах своей компетенции.

Помимо отслеживания характеристик витальных функций, необходимо обеспечить выявление возникших и профилактику возможных ранних послеоперационных осложнений (РПО).

К ним следует относить: нарушение внешнего дыхания; кровотечения (как наружные, так и внутренние); рефлексорную задержку мочи [1].

Непрерывно проводится противопролежневая обработка, начиная с первых суток. РПО стороны бронхолёгочной системы встречаются в среднем у 5,1% пациентов.

Профилактика дыхательных осложнений особенно актуальна после оперативных вмешательств на органах грудной клетки а, также в случаях, предполагающих длительное нахождение пациента в постели в РПП.

Наиболее частыми причинами данной группы РПО являются: неэффективность откашливания и невозможность глубокого дыхания в связи с болевым синдромом; обильное выделение вязкого секрета; инфекции, аспирация желудочного содержимого.

Для профилактики указанных РПО необходимо обеспечение адекватного дренирования трахеобронхиального дерева. По назначению врача применяются такие методы как положение пациента в постели по Фаулеру; адекватное обезболивание; ингаляции щелочных и масляных растворов; дыхательная гимнастика по различным методикам; перкуссионный массаж грудной клетки [5].

В случае проведения длительной ИВЛ или трахеостомии необходимо также обеспечить правильный уход за эндотрахеальной трубкой или трахеостомой.

Послеоперационный парез кишечника чаще встречается у больных, оперированных по поводу перитонита и кишечной непроходимости. Наблюдается в среднем у 24,4% пациентов подобного профиля [2].

Для профилактики этой группы РПО в сестринском процессе применяются как независимые (создание удобного положения пациента в постели, желательна по Фаулеру), так и зависимые (элетро- и медикаментозная стимуляция кишечника; ранняя активизация больного, грамотное расширение диеты) сестринские вмешательства [2].

Особое место в структуре РПО занимают венозные тромбозы и тромбоэмболические осложнения (ВТЭО). Частота их развития весьма различна в пределах от 7,1 до 84% и находится в прямой корреляции с объемом и характером вмешательства [3,4].

Так, наиболее часто ВТЭО встречаются после эндопротезирования крупных суставов, онкологических операций, травматических операциях на органах брюшной полости открытым способом.

Самым грозным вариантом ВТЭО является тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА). По литературным данным летальность в раннем послеоперационном периоде от ТЭЛА составляет от 3 до 5% [4].

Сестринские вмешательства с целью профилактики ВТЭО в основном являются зависимыми. К ним относятся: грамотное введение прямых антикоагулянтов; обеспечение эластичной компрессии нижних конечностей и возвышенное их положение в положении лёжа; ЛФК и ранняя активизация пациента [1, 4].

В РПО нередки наружные и внутренние кровотечения. Так, у экстренно оперированных больных на органах брюшной полости релапаротомия по поводу внутрибрюшного кровотечения потребовалась до 10% пациентов [5].

Роль среднего медперсонала при подобных РПО сводится к своевременной диагностике кровотечения.

Это мониторинг показателей гемодинамики и распознавание местных признаков кровотечений: выделение крови, особенно со сгустками, по дренажам из брюшной либо плевральной (после торакотомии) полостей либо промокания повязки кровью.

В случае выявления одного или нескольких описанных симптомов кровотечения необходимо срочно вызвать врача.

#### **Список литературы:**

1. Заренская, В.Г. Сестринское дело в хирургии /В.Г. Заренская . - Ростов – на – Дону. «Феникс» 2015 С. 126 – 130.
2. Соловьёв, И.А. Послеоперационный парез кишечника – проблема абдоминальной хирургии /И.А. Соловьёв, А.В. Колунов // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. - 2013. - Т. 8. - № 2. - С. 112 – 118.

## ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ГЕМОКОНТАКТНЫХ ИНФЕКЦИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

**Пятницина С. И.** ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», Воронеж, Россия

**Семынина Н. М.** к.м.н., ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», Воронеж, Россия

**Князева А.М.** . к.м.н., ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», Воронеж, Россия

**Красникова В. С.** студентка 2 курса отделения СМ и ФО, группа ССД 202 ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», Воронеж, Россия

**Аннотация:** В статье говорится о роли медицинской сестры в профилактике профессионального заражения и распространения парентеральных гепатитов и ВИЧ-инфекции.

**Ключевые слова:** гемоконтактные инфекции, парентеральные гепатиты, ВИЧ-инфекция, медицинский персонал, профилактика.

Гемоконтактные инфекции представляют собой социальную и медицинскую проблему. Серьезной профессиональной опасностью становится заражение вирусом гепатита В, С и ВИЧ-инфекцией. Среди медперсонала, часто контактирующего с кровью пациента, частота заражения составляет 15-33%, у остального населения показатель не превышает 5%. Высокий риск заражения медицинских работников вирусами гепатита и ВИЧ-инфекцией связан с частыми и тесными контактами медицинских работников с кровью. Почти ежедневно один медицинский работник умирает из-за декомпенсированного цирроза или первичного рака печени.

Наиболее опасными в плане риска инфицирования вирусами ВИЧ и гепатита являются манипуляции, связанные с нарушением целостности кожи и слизистых в результате аварийной ситуации. Аварийная ситуация наиболее часто связана с профессиональной деятельностью медицинского персонала при проведении инъекций, перевязок, работы с использованным инструментарием и др.[1].

Риск инфицирования различными вирусными инфекциями при контакте с заражённой кровью не одинаков. Считается, что вероятность заражения вирусом гепатита

С ниже, чем гепатитом В. Это связано с тем, что для заражения гепатитом С необходимо попадание в организм большого количества инфицированной крови. Опасность заражения медработников, получающих случайные повреждения от игл для инъекций, вирусом гепатита С составляет от 5 до 10%.

Опасность инфицирования ВИЧ зависит от степени нарушения целостности кожных и слизистых покровов. Риск заражения тем больше, чем обширнее и глубже кожный контакт (уколы и порезы). При нарушении целостности тканей опасность заражения медперсонала составляет около 0,3%; при попадании крови, инфицированной ВИЧ, на слизистые оболочки риск ещё ниже - 0,09%, а при контакте неповреждённой кожи с кровью риск практически равен нулю.

Риск также зависит от стадии болезни: в острой стадии ВИЧ-инфекции, а также на поздних стадиях (СПИД), когда уровень вирусемии высок, опасность наибольшая. Если больной получает антиретровирусную терапию, то важна её длительность, так как на фоне лечения идёт постепенное уменьшение вирусной нагрузки (содержание вируса в крови); риск заражения от такого пациента снижается [2].

Основными методами профилактики внутрибольничного заражения гемоконтактными инфекциями является соблюдение противоэпидемического режима в медицинских учреждениях. Очень важным профилактическим моментом является соблюдение правил дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации изделий медицинского назначения. Кроме того, не мало важную роль в профилактике внутрибольничного заражения играет сбор, обеззараживание, правильное хранение и транспортировка отходов медицинского назначения. Предпочтительно при манипуляциях с пациентами использовать изделия однократного применения, с их дальнейшим обеззараживанием и соответствующей утилизацией. Необходим контроль за медицинскими манипуляциями с использованием барьерных методов защиты. Медицинское обследование крови и других донорских материалов на наличие антител к ВИЧ и вирусным гепатитам, а также выдерживание на карантине донорской крови. Если этого требует ситуация, немедленное назначение превентивной медикаментозной терапии. Антиретровирусные препараты, назначаются: новорожденным ВИЧ-инфицированных матерей, медицинским работникам и другим лицам, пострадавшим при оказании помощи ВИЧ-инфицированным лицам.

Профилактика внутрибольничного заражения включает в себя комплекс мероприятий по профилактике аварийных ситуаций при выполнении различных видов работ. При травмировании медперсонала на рабочем месте, он обязан незамедлительно

провести комплекс мероприятий по предотвращению заражения ВИЧ-инфекцией или гепатитом В или С [3]. Для этого в каждом отделении должна находиться аварийная аптечка «форма 50». В её состав входят: перчатки резиновые, раствор йода 5%, салфетки, этиловый спирт 70%, стакан или шприц для промывания, лейкопластырь антисептический, дистиллированная вода 100 мл, напальчники 5 штук.

В случае получения травмы необходимо:

- при попадании биологических жидкостей на кожные покровы место попадания обрабатывается 70%-м спиртом, обмывается водой с мылом и ещё раз обрабатывается 70%-м спиртом;
- в случае пореза хирургическим инструментом и укола иглой от использованного шприца следует сразу снять перчатки, вымыть руки под проточной водой с мылом, затем обработать их 70%-м спиртом и смазать ранку 5%-м раствором йода;
- при попадании биологических жидкостей на слизистую оболочку глаз, носа и рта: рот необходимо промыть большим количеством воды и затем прополоскать 70% раствором спирта, слизистую оболочку носа и глаза необходимо обильно промывают водой, но не в коем случае не тереть;
- если любая биологическая жидкость попала на халат или одежду медработника нужно немедленно снять одежду и замочить в дезинфицирующем растворе и положить в бикс для автоклавирования;
- обязательно начать прием антиретровирусных препаратов для профилактики заражения ВИЧ в кратчайшие сроки после получения травмы.

Наиболее надёжным средством профилактики гепатита В является вакцинация. Согласно национальному прививочному календарю, который действует на территории Российской Федерации, иммунизации подлежат новорожденные (трехкратно), а также дети от 1 года до 18 лет и взрослые от 18 до 55 лет, ранее не привитые (трехкратно). Кроме новорожденных, вакцинация рекомендована следующим контингентам населения (группы риска): детям, рожденным от матерей, которые больны гепатитом или являются носителем вируса; пациентам, которые длительное время получают внутривенные инфузии компонентов крови; люди, которые находятся на лечении программным гемодиализом; все медицинские работники, особенно – манипуляционные и хирургические медсестры, врачи-хирурги; члены семьи, где есть больной гепатитом; люди, которые направляются в регион с повышенной заболеваемостью гепатитом В; инъекционные наркоманы, люди с большим количеством случайных половых связей.

**Список литературы:**

1. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство / ред. В. В. Покровский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013 - 608 с.
2. Предупреждение заражения, в том числе медицинских работников, вирусом иммунодефицита человека на рабочем месте. Методические рекомендации / – Москва – 2009.

## **ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ КОММЕРЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

**Сапрыкина И. Н.** преподаватель первой квалификационной категории Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение «Елецкий медицинский колледж им. Героя Советского Союза Ксении Семёновны Константиновой»

**Аннотация:** В России растет число медицинских организаций, оказывающих платную медицинскую помощь населению. Пациенты имеют право выбирать клинику где ему лечиться. Выбор зачастую зависит от материально- технической базы, качества оказываемых услуг. профессионализма, как врачей, так и медицинских сестер. Оказание платных медицинских услуг в большинстве случаев является важной из форм финансирования лечебных учреждений. Немаловажная роль в развитии этой отрасли медицины принадлежит медицинским сестрам, как организаторам и помощникам, так и самому большому числу медицинского персонала лечебного учреждения.

**Ключевые слова:** медицинская сестра, платная медицина, здравоохранение, экономика.

Основной проблемой российской системы здравоохранения является разрыв между государственными гарантиями бесплатного предоставления медицинской помощи населению, и их реальным финансированием. Между тем, затраты, необходимые на обеспечение гарантий, постоянно увеличиваются из-за появления все новых дорогостоящих медицинских технологий, медицинских препаратов. Такая ситуация неизбежно ведет к росту нелегальных платежей населения и к снижению доступности качественной медицинской помощи для населения. В сложившейся ситуации видится несколько путей выхода.

Первый - это рост государственного финансирования системы здравоохранения, второй – повышение эффективности имеющихся ресурсов, и третий - это легализация неформальных платежей населения за медицинские услуги. что возможно лишь при

грамотной организации платных медицинских услуг в государственном секторе здравоохранения. Зачастую именно медицинские сестры первыми оказываются рядом с больными, при обращении их в лечебное учреждение, оказывая помощь и психологическую поддержку больным и их родственникам.

Конечно же, изменения в экономической и политической деятельности нашего государства существенно отразятся на здравоохранении. Появляются новые формы взаимодействия между населением и обслуживающим медицинским персоналом. Жесткие финансовые рамки обеспечения работников бюджетной сферы породили рыночные отношения и в медицине. Появилось платное обслуживание. Оказанная медицинская помощь выступает как товар, а спросом пользуется только товар высокого качества. [3,5]

Роль сестринских медицинских услуг особенно велика при развивающейся конкуренции: потребители заинтересованы в обращении в то медицинское учреждение, которое наряду с медицинскими услугами способна предложить и полный их набор, в наибольшей степени отвечающий требованиям и в кратчайшие сроки. Здесь важны и профессионализм сотрудников, и выбор предлагаемых услуг, и организация лечебного и сестринского дела, возможность обслуживания как единичных клиентов, так и групп пациентов, на договорной основе, скорость обслуживания, наличие или отсутствие очередности и т.д., что в позитивном плане может привлечь клиентов.[2,4]

Платные услуги являются важной составляющей деятельности практически всех государственных, муниципальных, частных учреждений здравоохранения. Рынок платных медицинских услуг появился в Российской Федерации в конце 1980 -х начале 1990 –х г.г. и в настоящее время активно развивается, охватывая все новые направления медицины и потребительские сегменты.

С конца 1980-х годов в целях улучшения медицинского оборудования, иногда очень дорогостоящего и уникального, оказание дополнительной профилактической, диагностической и лечебной целью был принят ряд дополнительных правительственных документов о стимулировании медицинской помощи на хозрасчетной основе. Лечебные учреждения получили возможность повышать заработную плату персоналу, достаточно низкую по сравнению с другими отраслями, а также направлять дополнительные средства на развитие материально -технической базы. Объем платной помощи был достаточно незначительным. В дальнейшем, по мере обострения экономической ситуации в стране, резкого ухудшения финансирования медицины, отрасли платных услуг стали развиваться быстрыми темпами. Они превратились в достаточно весомый источник финансирования лечебных учреждений.[3]

Медицинские учреждения относятся к некоммерческим организациям, не имеющим извлечения прибыли в качестве основной цели своей деятельности. Они могут осуществлять предпринимательскую деятельность, направленную на достижение цели, ради которой созданы. В процессе оказания платных медицинских услуг реализуется основная цель медицинских учреждений, поэтому они имеют право на предоставление услуг на платной основе.

Российский рынок коммерческой медицины восполняет дефицит бюджетной медицины. Все большее число пациентов обращаются к платным медицинским услугам. В Российской Федерации три вида медицинских учреждений оказывающих платные медицинские услуги: государственные, негосударственные ведомственные учреждения, коммерческие учреждения здравоохранения (с участием Российского и зарубежного капитала). Еще недавно коммерческое учреждение представляло собой, небольшие центры, как правило, специализировалось на ограниченном сегменте оказания медицинских услуг. Современный этап развития здравоохранения характеризуется созданием крупных, многопрофильных медицинских центров и сетевых медицинских организаций, а так же ростом большого количества частных учреждений функционирующих в формате обязательного медицинского страхования.

Многие аспекты современного состояния и развития рынка коммерческой медицины изучены недостаточно. Это обусловлено отсутствием регулярных статистических обследований частного здравоохранения в РФ, а так же несовершенством действующей системы официальных статистических показателей рынка медицинских услуг. Для определения потенциала развития российского рынка платных медицинских услуг, выработки эффективной политики и принятия оптимальных управленческих решений в сфере коммерческой медицины требуется проведение комплексного статистического исследования, направленного на выявление макроэкономических факторов, влияющих на динамику рынка, оценку привлекательности региональных рынков платных медицинских услуг, определение наиболее востребованных медицинских специалистов.

Сегодня востребовано разнообразное, своевременное комфортное обслуживание. В связи с этим растет спрос на исследование рынка платных медицинских услуг в условиях финансово-экономического кризиса и оценка возможных его последствий, влияющих на объем потребительского спроса, ценовую и маркетинговую политику участников рынка.

Не последняя роль в выполнении задачи развития платной медицины отведена нашему многочисленному, трудолюбивому и как мне кажется основному звену

здравоохранения — медицинским сестрам. Долгие годы снижалась престижность работы медицинской сестры, ее социальный статус, в настоящее время в России проводится активная целенаправленная работа по возрождению сестринской профессии, ее значимости.

Медицинские сестры, как и врачи, работающие в отделении оказания платных медицинских услуг будут нужны всегда – в ближайшие столетия по крайней мере точно. Так что с точки зрения востребованности в обозримом будущем у профессии проблем нет никаких. Другое дело – зарплатные перспективы. К сожалению, они не так радужны, но если быть пессимистом, то в медицину лучше не идти работать ни по какой специальности.

Медицинская сестра решает текущие вопросы не только по реализации сестринской помощи, концентрируя свое внимание на проблемах сегодняшнего дня, но и обеспечивает эффективное выполнение работы, использует имеющийся потенциал персонала. Насколько правильно будет принято то или иное решение, настолько эффективна будет сестринская деятельность настолько быстрее будет своевременное комфортное обслуживание, что в свою очередь привлечет большее количество пациентов. От этого зависит и экономическая составляющая отделения по оказанию платных услуг.

И хотя в большинстве учреждений здравоохранения сложившиеся традиционные подходы к роли медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе пока отводят ей роль исполнителя предписаний врача, мне хотелось бы верить в то, что в процессе реформирования системы здравоохранения утвердится роль медицинской сестры в сторону увеличения ее профессиональной компетентности, будет повышаться профессиональный и социальный статус, а также престиж профессии, что будет способствовать закреплению специалистов в сестринском деле и в итоге — улучшению оказания платной медицинской помощи.[1,2]

#### **Список литературы:**

1. Вахитов Ш.А. Совершенствование системы управления сестринским персоналом в учреждениях здравоохранения / Ш.М. Вахитов // Медицинская помощь: Научно-практический журнал. – 2004. №6. С.51-53
2. Винникова Т.И. Тимкова С.А. Организация сестринской помощи в городской поликлинике № 107 // Медицинская сестра. 2006. №3. С.16
3. Власов В.В. Медицина в условиях дефицита ресурсов: Монография / М. Триумф, 2000.- 448 с.

4. Володин Н.Н. Пути совершенствования сестринского образования f Н.Н. Володин // Медицинская помощь.- 1996-№9-с 4-5
5. Вяликов А.И. Управление и экономика ГЭОТАР-МЕД 2002-323С
6. Гаджиев Р.С. Медсестры городских поликлиник о качестве сестринской медицинской помощи населению / Н.О. Садрадинова, Р.С. Гаджиев // Медицинская сестра 2004 №3 с42-43

## **МИРОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В РАЗВИТИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ**

**Святенко А. Н.** преподаватель ГБУ « ПОО «Астраханский базовый медицинский колледж» Астрахань

**Фурсова И. К.** преподаватель ГБУ « ПОО «Астраханский базовый медицинский колледж» Астрахань

**Аннотация:** данная статья посвящена проблемам становления и развития паллиативной помощи в мире, а также решению проблем пациентов, находящихся в терминальной стадии, с медико-социальной, духовной и научной точек зрения.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, хоспис, принципы организации помощи, медицинская и психологическая поддержки.

На сегодняшний день существуют многообразные формы оказания паллиативной помощи пациентам. Развитие помощи осуществляется по собственному сценарию в каждой стране. Но все многообразие разделяется на две основные группы-помощь на дому и в стационаре.

Понятие «паллиативная» происходит от латинского слова «Pallium» и означает «покрывало, покров, покрытие». Это значит защита и опека пациента, когда излечение уже не возможно. «Паллиативный уход-стремление к улучшению качества жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами, обусловленных болезнью, через предотвращение и облегчения страдания посредством раннего выявления, точной оценки и облегчения боли и других физических, психосоциологических и духовных проблем» [1]. В 1962 году в Лондоне был открыт первый хоспис Святого Христофора. Инициатором стала Сесилия Сондерс. Позже, в 1996 году, в index medicus, в дополнение определениям «терминальная помощь» 1968 и «хоспис»1980, была включена «паллиативная помощь».

Последние 2-3 десятилетия забота об умирающих пациентах начала получать должное внимание. Создаются организации, объединяющие медицинских работников и непрофессионалов. Примером могут служить Европейская Ассоциация Паллиативного

Ухода, Национальный консультативный комитет по Паллиативному Уходу ( Ирландия), институт Медицины (США). Советом Европы приняты рекомендации для стран-участниц ассоциации о том, что паллиативный уход является активным, общим уходом, задачей которого является контроль боли и других состояний, предполагающий психологическую, социальную и духовную поддержку. [2,3,4].

В настоящее время паллиативный уход во всем мире имеет схожие направления, а именно:

- контроль за симптомами
- психологическая, духовная и эмоциональная поддержки
- решение проблем биомедицинской этики
- поддержка членов семьи во время ухода
- поддержка членов семьи при тяжелой утрате

Также, как и направления, принципы в различных странах тоже идентичны:

- поддержание жизни
- отношение к кончине как к вполне естественному процессу
- отсутствие направленности на ускорение конца, либо действий, чтобы отсрочить смерть
- поддержание. по возможности, работоспособности и активности пациентов
- повышение качества бытия
- поддержание семьи пациента
- сочетание паллиатива с иными методами терапии, сосредоточенными на продлении жизни

Выбор организационных вариантов паллиативной помощи зависит от потребностей и уровня финансирования региона. Сейчас в мире актуален поиск новых форм: организуются дома ухода новых типов, больше внимания уделяется амбулаторной помощи членам семьи. В связи с этим требуется наличие высококвалифицированных медицинских работников, обладающих знаниями в области клинической медицины, фармакологии, психотерапии и владеющих навыками межлического общения. Стационарными учреждениями помощи являются хосписы, расположенные в структуре больниц любого уровня и стационарных учреждений соц. защиты населения. Помощь на дому осуществляется специалистами выездной службы, являющейся как самостоятельной структурой, так и подразделением стационара.

Стандарты и важные моменты оказания паллиатива указаны в Белой книге. Это документ, разработанный Европейской Ассоциацией Паллиативной поддержки. В нем содержатся основные законодательные права пациента:

- самостоятельно выбирать где и каким образом получать квалифицированную помощь
- принимать непосредственное участие в выборе средств и методов терапии
- отказываться от медикаментозного лечения
- знать свой диагноз и прогнозы по лечению

Исследование тактики американских врачей показало, что основными методами поддержки пациентов они считают: время, проведенное с друзьями и семьей, религиозную или духовную деятельность, уход за собой, нахождения смысла в работе. 17 июня 2016 года правительство Канады приняло закон, регулирующий оказание мед.помощи умирающим пациентам (MAID). Мед.сестры продолжают играть неотъемлемую роль в обеспечении ухода. Канадская ассоциация медсестер, хосписа и паллиативной помощи предлагает дополнительные ресурсы и образование в области данной помощи. Внесены изменения в стандарты профессионального образования. [5] Появление первого хосписа в России связано с именем Виктора Зорзе. В 1990 году в Санкт-Петербурге по его инициативе и участии был открыт первый Московский хоспис. Однако в целом по стране охвачено лишь 7-9% нуждающихся в ней. [6] В настоящее время в России действует Ассоциация паллиативной медицины, которая берет начало в 1995, имеющая ранг национальной. В конце февраля 2019 г. Госдума Р.Ф. приняла законопроект о паллиативной помощи. В российских мед.учреждениях планируется открыть первые дневные стационары для паллиативных пациентов. Сейчас такая помощь оказывается лишь амбулаторно или стационарно.

#### Выводы.

1. Изучение отечественного и зарубежного опыта оказания паллиатива инкурабельным больным выявило, что только в середине XX века стали формироваться философские, теоретические и этические принципы современной паллиативной медицины, и идеи хосписного движения получили распространение в различных странах мира.
2. Цель паллиативной службы- повысить качество жизни больных и их родственников, обеспечить доступность лекарственных препаратов для адекватного контроля хронической боли и других тягостных симптомов, повысить удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи.
3. Получение полноценной помощи в финальный период жизни должно рассматриваться как одно из основных прав человека и разрабатываться как часть глобальной инновационной программы политики общественного здравоохранения.

#### Список литературы:

- 1.Паллиативная помощь, ВОЗ, Европа-Женева: ВОЗ, 2005.-с 15-20.

- 2.Егоров В.В. « Гериатрические проблемы в паллиативной медицине»// Клиническая геронтология.- 2008.-с 34-37.
- 3.Никитина Л.А. « Сестринский уход в паллиативной медицине.4.2. Контроль симптомов»// Российский семейный врач.-2007.-с 43-49.
- 4.Эккерт Н.В. и др. «Хоспис на дому-оптимальная форма организации внебольничной паллиативной помощи»// Экономика здравоохранения.-2009; 7 (139) : с 15-20.
- 5.Международный студенческий научный вестник.-2017.-№6
- 6.Самойленко В.В., Новиков Г.А. « Лекции для врачей общей практики.» Онкология. Практическая медицина.- 2009.

## **СРЕДНЕЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН**

**Семынина Н. М.** к.м.н., ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Пятницина С. И.** ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Веневцева Н. В.** Преподаватель кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Исмаилов Б. Б.** Врач невролог Медицинский центр «Кэш нур», г. Шахрисабз, Республика Узбекистан

**Саидов Нодир Азам угли** студент факультета МИМОС, группа ЛИ 105 ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Аннотация.** Особое внимание в Республике Узбекистан в настоящее время уделяется совершенствованию системы оказания первичной помощи населению, где немаловажное место занимают медицинские сестры. Медицинская сестра должна быть хорошо образованным специалистом, равноправным членом медицинской бригады. Велика роль медицинских сестер в оказании качественных медицинских услуг населению, санитарном просвещении, сохранении здоровья населения Узбекистана.

**Ключевые слова:** среднее медицинское образование, Республика Узбекистан, медицинская сестра.

Избранная Узбекистаном собственная модель непрерывного образования предусматривает девятилетнее общее среднее образование, среднее специальное образование (академический лицей) и среднее профессиональное образование (колледж),

а также двухуровневую систему высшего образования (бакалавриат, магистратура). В Узбекистане имеется 49 медицинских училищ, призванных готовить средние медицинские кадры для нужд практического здравоохранения.

Министерством здравоохранения разработаны и внедрены Государственные образовательные стандарты для медицинских колледжей по восьми направлениям (сестринское дело, лечебное дело, акушерское дело, стоматология, ортопедическая стоматология, фармация, оптика, медико-профилактическое дело), а также соответствующие экспериментальные учебные планы и программы [1].

Особое внимание в Узбекистане в настоящее время уделяется совершенствованию системы оказания первичной помощи населению, где немаловажное место занимают медицинские сестры [3]. В связи с этим возрастает роль сестринского персонала в оказании качественных сестринских услуг населению, санитарном просвещении по таким важнейшим направлениям как формирование здорового образа жизни, профилактика заболеваний, половое воспитание, здоровое материнство и детство [2].

Медицинская сестра должна быть хорошо образованным специалистом, равноправным членом медицинской бригады. Соответственно этому учебная программа медицинского колледжа ориентирована на подготовку медицинских сестер для работы с населением, прежде всего в сельских и городских врачебных пунктах, семейных поликлиниках.

Система подготовки медицинских сестер в Республике Узбекистан многоуровневая. Первый уровень - это базовая сестринская подготовка в медицинских колледжах или училищах и второй уровень — подготовка кадров с высшей квалификации сестер на базе медицинских институтов.

В 1999 году впервые осуществлен набор на отделение медицинской сестры высшей квалификации. Таким образом, сестринское дело в Республике Узбекистан поднялось ещё на одну ступень своего развития. Начиная с 1999 года появились студенты новой формации — медицинские сестры, с высшим образованием, которыми могут стать выпускники медицинских училищ и колледжей, а также практикующие медицинские сестры. Данные отделения организованы на базе медицинских ВУЗов и готовят специалистов по следующим направлениям: менеджер, акушерка родильного блока, медицинская сестра хирургического блока и медицинская сестра отделения реанимации и анестезиологии [1]. Подготовка такого вида медицинских сестер позволит в первую очередь обеспечить высококвалифицированными сестринскими специалистами

организованные в Узбекистане центры экстренной и неотложной медицинской помощи, а также специализированные медико-профилактические учреждения.

#### **Список литературы:**

1. Материалы коллегии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан по вопросам подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров. 23.12.2011 г. – Ташкент, 2012. - 56 с.

2. Менликулов П.Р. Состояние и перспективы развития кадрового потенциала системы здравоохранения / П.Р. Менликулов, А.Ю. Ибрагимов, М.Т. Турымбетова // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2010 - №2. – С. 30-33.

3. Статистические материалы о деятельности учреждений здравоохранения Республики Узбекистан за 2000-2010 гг. – Ташкент, 2010. - 112 с.

### **ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА В АРМЕНИИ**

**Семынина Н. М.** к.м.н., ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Крючкова А. В.** к.м.н., зав. кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Кондусова Ю. В.** к.м.н., доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Маргарян М. М.** главный врач ЗАО «Ванадзорский медицинский центр», г. Ванадзор, Армения

**Карян З. А.** студентка факультета МИМОС, группа ЛИ 101 ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Аннотация.** Паллиативная помощь предназначена для улучшения качества жизни пациентов с хроническими, неизлечимыми заболеваниями или тех, кто испытывает боли, вызванные лечением. Обезболивание является безраздельной частью паллиативной помощи. В Армении этот вид медицинской помощи является не только медицинской задачей, но и социальной, финансовой и духовной, которая требует к себе предметного подхода.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, Армения, сестринский уход.

Медицинская помощь, как и любая вообще, бывает разной. Это могут быть кардинальные методы, как в хирургии, но наряду с этим существуют и способы, просто

облегчающие состояние пациента. Да, применяются паллиативные, то есть частичные, методы в основном в онкологии, но, оказывается, все может быть иначе – тот же туберкулез, например, что лечится сегодня быстро и решительно, может потребовать хорошо спланированного сестринского ухода [1].

Согласно определению ВОЗ, паллиативная помощь позволяет «улучшить качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с опасными заболеваниями, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, правильной оценке, лечению боли и облегчению психо-физических, социальных и духовных проблем» [2]. Все это ни в коем случае не предполагает эвтаназию, паллиативная медицина не укорачивает срок оставшейся жизни пациента, а направлена на продление продолжительности жизни больного. Как раз наоборот – просьбы пациента об эвтаназии, как правило, являются неоспоримым признаком того, что есть срочная необходимость улучшения лечения больного и ухода за ним. И если в стране существует развитая современная система междисциплинарной паллиативной помощи, то пациенты не будут испытывать непереносимых физических страданий и проблем психо-социального характера.

Паллиативная медицинская помощь – комплексное оказание помощи больным, страдающим от угрожающих жизни неизлечимых болезней, а также облегчение страданий умирающего пациента и членов его семьи [4]. В Армении принята стратегия развития паллиативной медицины, и после принятия в правительстве соответствующего решения этот документ станет обязательным к исполнению для всех учреждений, которые будут задействованы в оказании паллиативной помощи [3].

Нуждающимся в паллиативной помощи онкобольным в Армении организована выдача наркосодержащих обезболивающих препаратов. В Армении существуют хосписы – медико-социальные учреждения для оказания паллиативной помощи неизлечимым больным (преимущественно онкологическим) в последней стадии заболевания.

Кроме того, организовываются выездные патронажные бригады, которые могли бы посещать неизлечимо больного пациента, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи, на дому. Штат такой команды должен состоять из профильных врачей, прошедших специальную подготовку медсестер, психолога, социального работника и, если потребуется, священника.

В списке узких медицинских специализаций в Армении уже есть понятие специалиста по паллиативному уходу, и разрабатываются специальные образовательные программы. В Национальном центре онкологии Армении уже действует паллиативная

служба, и планируется открыть аналогичную службу также в одной из университетских клиник.

Таким образом, паллиативная помощь в Армении организована как развитая система и одна из важных составляющих обеспечения достойного ухода человека из жизни.

#### **Список литературы:**

1. Лапотников В.А., Петров В.Н., Захарчук А.Г. Паллиативная медицина. Сестринский уход. Пособие для медицинских сестёр. — СПб.: Издательство «Диля», 2007. — 384 с.
2. Паллиативная помощь. Убедительные факты. — Копенгаген, Дания: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. — 32 с.
3. Рекомендации Комитета министров Совета Европы государствам—участникам по организации паллиативной помощи / Пер. Е.С. Введенской. — Стокгольм, Швеция: Совет Европы, 2003. — 90 с.
4. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям. — Копенгаген, Дания: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. — 40 с.

### **ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В РАБОТЕ МЕДСЕСТРЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

**Семынина Н. М.** к.м.н., ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Крючкова А. В.** к.м.н., зав. кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Князева А. М.** к.м.н., ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Маммедова Л. Г.** врач-психиатр «Марыйская областная психоневрологическая больница», г. Мары, Туркменистан

**Какаджанова Д.** студентка факультета МИМОС, группа ЛИ 101 ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

**Аннотация.** Психиатрия отличается рядом особенностей от других медицинских дисциплин, ей присущи свои этические и медико-деонтологические проблемы. В своей практической деятельности врач-психиатр и медсестра должны руководствоваться принципами врачебной этики, основные требования которой следующие: деятельность медицинского работника должна быть направлена на благо больного, соблюдение его интересов и врачебной тайны.

**Ключевые слова:** этика, деонтология, психиатрия, сестринский уход.

Медицинская деонтология (греч. — учение о должном) — положения, правила, определяющие этические принципы поведения медицинских работников при выполнении их профессиональных обязанностей и во взаимоотношениях с коллегами [1]. Вопросам медицинской этики и деонтологии врачи всех времен уделяли особое внимание. Большой вклад в развитие идей медицинской этики и деонтологии внес выдающийся русский хирург Н.И. Пирогов.

В условиях научно-технического прогресса вопросы медицинской деонтологии приобретают особое значение. Достижения в области таких наук, как генетика, иммунология, реаниматология, трансплантология, выдвинули ряд новых этических и правовых проблем, имеющих не только медицинский, но и междисциплинарный характер. Для обозначения и оценки всего комплекса этих проблем был предложен новый термин «биоэтика» [3].

Психиатрия отличается рядом особенностей от других медицинских дисциплин, ей присущи свои этические и медико-деонтологические проблемы. В последние десятилетия в сферу деятельности психиатров все больше включается, помимо выраженных психических расстройств, широкий спектр пограничных психических нарушений [4].

В обществе все еще существует настороженное и подозрительное отношение к психически больным. В настоящее время в сознании некоторых людей наблюдается пессимистический подход к судьбе психически больных, неверие в лечение, предрассудки в суждениях о психических болезнях. Поэтому наличие психиатрического диагноза у лица, его пребывание на лечении или под наблюдением психиатрического учреждения, если это становится известно окружающим, могут создать для него дополнительные трудности как в социальном существовании, так и в профессиональной деятельности [2].

Практика оказания психиатрической помощи регламентируется законом. Но законом не могут быть предусмотрены частные вопросы этики. Врач и медсестра же имеют дело с конкретным человеком и индивидуальными особенностями его состояния. Наиболее действенная и рациональная медико-психиатрическая помощь предоставляется в условиях психиатрического стационара. В своей практической деятельности врач-психиатр и медсестра психиатрического отделения должны руководствоваться принципами врачебной этики, основные требования которой следующие: деятельность медицинского работника должна быть направлена на благо больного, соблюдение его интересов и врачебной тайны.

Медсестры являются не просто помощниками врача, исполнителями его поручений, а представителями самостоятельной профессии, которые владеют навыками комплексного, всестороннего ухода за пациентами, облегчения их страданий, реабилитации, располагают знаниями в области психологии и психотерапии в пределах своей компетенции. Следует иметь в виду, что успешность в осуществлении этико-деонтологического принципа в профессиональной деятельности зависит не только от личных качеств и гуманистических установок медицинской сестры, но и от ее компетентности и уровня профессионализма. Во взаимоотношениях с коллегами главными этическими основаниями медицинского работника служат честность, справедливость, порядочность, уважение к их знаниям и опыту, а также готовность передать свои профессиональные знания и опыт.

#### **Список литературы:**

1. Банковски З. Этика и здравоохранение / З. Банковски // Всемирный форум здравоохранения.- М., 2005.-№ 2.- С.5–14.
2. Куприянова Г.Г. Этика медсестры психиатрического учреждения / Г.Г. Куприянов // Медицинская сестра. – 2000. - №3. – с. 39-44.
3. Самойленко В. В. Профессиональная этика: проблемы нового времени / В.В. Самойленко //Сестринское дело.- М., 2009.-№ 6.-С.13–16.
4. Элементы психотерапии в общесоматической поликлинике / Ю.П. Бойко [и др.] // Медицинская сестра. – 2000. - №2. – с. 47-52.

### **К ВОПРОСУ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ**

**Солодкова Е. И.** педагог-психолог ГАПОУ «Елецкий медицинский колледж имени Героя Советского Союза Ксении Семеновны Константиновой», Елец

**Аннотация:** Статья посвящена проблеме этики и деонтологии в работе медицинской сестры. Рассмотрены главные качества, которыми должен обладать медицинский работник. Проанализированы вопросы межличностного взаимодействия медицинской сестры.

**Ключевые слова:** Этика, деонтология, медицинская сестра, профессионализм, коммуникация, уважение, долг, ответственность.

Рассмотрение вопроса этики и деонтогии в рамках развития современного медицинского знания стоит очень остро. Сестринское дело представляет собой диалог –

межличностное общение человека с человеком. От медицинской сестры требуется не только высокий профессионализм в работе, но и чуткость, внимательность, уважение, вера в значимость, ценность, уникальность каждого человека. Все нормы и принципы медицинской этики и деонтологии ориентированы, в первую очередь, на сохранение и улучшение здоровья пациента.

Термин «деонтология» предложил английский философ И. Бентам. Деонтология – наука о нормах поведения любого работника, а не только врача или медсестры. Медицинская деонтология определяет те нормы, согласно которым должны взаимодействовать работники лечебно - профилактического учреждения с пациентами. Деонтологией так же можно назвать науку о долге работника лечебно - профилактического учреждения перед больными.

Главные положения этики и деонтологии были изложены Флоренс Найтингейл, которую считают основательницей профессии медицинских сестер: гуманность по отношению к своему пациенту; сострадание к его проблемам; доброжелательность в любых ситуациях; бескорыстие в своей работе; трудолюбие; учтивость . Флоренс Найтингейл подчеркивала, что «Сестра должна иметь тройную квалификацию: сердечную — для понимания больных, научную — для понимания болезней, техническую — для ухода за больными». Такие качества уже сами по себе могут стать лекарством, ускоряющим выздоровление пациента.

В России сводом моральных правил для медсестер является Этический кодекс, разработанный сестринской Ассоциацией в 1997 году. Кодекс вобрал в себя все современные идеи, нормы и правила, определяющие профессиональную этику медицинской сестры.

Для эффективности лечения важен не только комплекс применяемых препаратов и физиотерапевтических процедур, но и морально-психологический климат, сложившийся между медицинскими работниками и пациентом. Очень важен первый контакт больного и медсестры – от него во многом зависит, будет ли человек доверять тем, кто его лечит.

В формировании первого впечатления очень важны внешний вид сестры, выражение ее лица, речь. Последний пункт обозначает не только отсутствие высокомерия, надменности, но и умение ответить на вопрос пациента ясно и понятно, без специальной медицинской терминологии.

Медицинская этика и медицинская деонтология диалектически связаны между собой. Они изучают и определяют решение различных проблем межличностных взаимоотношений по четырем основным направлениям:

- медицинский работник - больной,
- медицинский работник - родственники больного,
- медицинский работник - медицинский работник,
- медицинский работник – общество.

Характеризуя далее эти аспекты, следует иметь в виду, что составляющие их положение пересекаются, так как характеризуют общечеловеческие ценности.

Отношения **медицинского работника и больного** базируются на следующих принципах.

1. Любому работнику медицинской сферы должны быть присущи такие качества, как сострадание, доброта, чуткость, отзывчивость, заботливость и внимательное отношение к больному.

2. Медицинский работник в отношении к больным должен быть корректным, внимательным, однако он не должен допускать панибратства.

3. Медицинский работник должен быть специалистом высокой квалификации, всесторонне грамотным. Сейчас больные читают медицинскую литературу, особенно по своей болезни. Врач и медицинская сестра должны в такой ситуации профессионально и деликатно общаться с больным. Неправильные действия врачей или медицинского персонала, неосторожно сказанное слово, анализы или истории болезни, ставшие доступными больному, могут привести к фобии, то есть боязни того или иного заболевания (например к канцерофобии - боязни заболевания раком).

4. Большое значение имеет слово, что подразумевает не только культуру речи, но и чувство такта, умение поднять больному настроение, не ранить его не-осторожным высказыванием.

5. Особое значение в медицинской профессии приобретают такие общечеловеческие нормы общения, как умение уважать и внимательно выслушать собеседника, продемонстрировать заинтересованность в содержании беседы и мнении больного, правильное и доступное построение речи.

6. Немаловажен и внешний опрятный вид медицинского персонала: чистые халат и шапочка, аккуратная сменная обувь, ухоженные руки с коротко остриженными ногтями.

7. Необходимо всегда помнить, что медику недопустимо без меры использовать парфюмерные и косметические средства. Сильные и резкие запахи могут вызвать нежелательные реакции: от нервного раздражения больно-го и различных проявлений у него аллергии до острого приступа бронхиальной астмы.

8. Тактика медицинского работника, его поведение всегда должны строиться в зависимости от характера больного, уровня его культуры, тяжести заболевания, особенностями психики. С мнительными больными необходимо обладать терпением; все больные нуждаются в утешении, но в то же время в твердой уверенности врача в возможность излечения. Важнейшей задачей медицинского работника является необходимость добиться доверия больного и неосторожным словом, и действием не подорвать его в последующем.

**Взаимоотношения медицинского работника с родственниками** самая сложная проблема медицинской деонтологии. Если заболевание обычное и лечение идет хорошо допустима полная откровенность. При наличии осложнений допустим корректный разговор с ближайшими родственниками.

**Отношения между медицинскими работниками** предусматривают выполнения следующих правил.

1. Работа в отделении или в стационаре должна подчиняться строгой дисциплине, должна соблюдаться субординация, то есть служебное подчинение младшего по должности - старшему.

2. Нельзя критиковать или давать оценку действиям коллеги в присутствии больного. Замечания коллегам необходимо делать при необходимости с глазу на глаз, не подрывая их авторитета.

3. Медицинский работник в своей работе не должен замыкаться в себе, обсуждение вызывающих затруднения у лечащего врача или медицинской сестры случаев следует производить коллегиально. Медицинский работник должен не гнушаться любым советом, будь то от старшего или младшего. Однако никогда не стоит говорить больному о том, что этот консультант плох, если он не соглашается с вашим диагнозом. Если при совместном с коллегами обследовании возникли разногласия - обсудить их необходимо без присутствия пациента, а потом, на основании истины, достигнутой в споре, необходимо сообщить общее мнение больному именно так: «Мы обсудили и решили ...». Если во время манипуляции медицинский работник сталкивается с непредвиденной ситуацией, техническими сложностями, аномалией развития, то он должен советоваться, вызвать старшего коллегу, при необходимости попросить его участие в дальнейшем ходе действий.

4. Взаимоотношения врачей со средним и младшим медицинским персоналом должно быть демократичным - они знают и слышат все. Необходимо привлечь их на свою сторону в плане сохранения врачебной тайны - не сообщать ни больному, ни

родственникам об имеющемся заболевании или патологии, применяемых методах лечения и др. Воспитайте у них правильный ответ на все вопросы: «Я ничего не знаю, спросите у лечащего врача». Тем более все эти вопросы не должны громогласно обсуждаться и выдаваться кому бы то не было.

### **Взаимоотношения медицинского работника и общества.**

Общий статус медицинского работника, особенность выполняемой им работы, требует высокой культуры и интеллигентности. Высокая культура медицинского работника неразрывно связано с чистотой его нравственного облика. Не будет хорошим врачом тот, кто не является хорошим человеком, человеком, который благожелательно относится к окружающим людям, понимает их горести и радости, в случаи нужды с готовностью помогает им словом и делом.

### **Врачебная тайна.**

К деонтологическим вопросам ухода за больными можно отнести и необходимость сохранения врачебной тайны. Медицинские работники не имеют права разглашать сведения о больном глубоко личного, интимного характера. Однако это требование не относится к ситуациям, представляющим опасность для других людей: венерические заболевания, инфекционные, инфицирование вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), отравления и др. В этих случаях медицинские работники обязаны немедленно информировать соответствующие организации о полученных сведениях. С целью проведения санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге при выявлении инфекционного заболевания, пищевого отравления или педикулёза медицинская сестра в течение 12 часов с момента установления диагноза обязана информировать санитарно-эпидемиологическую станцию по телефону и одновременно направить туда заполненный бланк экстренного извещения.

Таким образом, профессия медицинская сестра требует не только способности к самопожертвованию, но и определенных психологических особенностей, позволяющих успешно общаться с пациентами в экстремальных условиях и в повседневной работе. Медицинская сестра должна быть так же и психологом, чтобы понимать индивидуальные, психические и психологические особенности пациента, что бы корректировать и правильно выстраивать коммуникативное общение. Личность медицинской сестры должна быть включена в проникнутые гуманизмом профессионально - этические отношения и непосредственно связана с обновляющейся философией и практикой сестринского образования, культурой и профессиональной деятельности.

### **Список литературы:**

1. Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики/ А.П. Зильбер. – МЕД пресс-информ, 2011. - 848 с.
2. Вихляева Е.М. Деонтология в медицине: в 2 т. Т. 2. Частная деонтология/ Е.М. Вихляева, В.П. Гамов, С.З. Горшков. - Медицина, 2001. - 416 с.
3. Белорусов О.С. Деонтология в медицине: в 2 т. Т.1. Общая деонтология/ О.С. Белорусов, Н.П. Бочков, А.А. Бунятян. - Медицина, 1988. - 352 с.