

*Министерство здравоохранения Республики Казахстан
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»*

Journal of Health Development

M A T E R I A L S

**of the I International Conference on nursing care
Astana, Kazakhstan, June 22-23, 2018**

Мейіргер ісі жөніндегі 1-ші Халықаралық конференцияның

М А Т Е Р И А Л Д А Р Ы

Астана, 2018 жылғы 22-23 маусым

M A T E R I A L Y

**I Международной конференции по сестринскому делу
г. Астана, 22-23 июня 2018 года**

CONTENT / СОДЕРЖАНИЕ / МАЗМҰНЫ

ЛИДЕРСТВО: НОВЫЕ ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБОЙ	
Статьи	
Heikkila Johanna, Tiittanen Hannele, Katja Valkama STAGES OF REFORMING THE NURSING SERVICE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN. PLANS AND PROSPECTS	
Абзалова Р.А ИННОВАЦИОННЫЕ МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПМСП РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	
Kivinen Eveliina, Lehto Siru, Heikkila Johanna EVIDENCE-BASED NURSING CLINICAL GUIDELINES TO ENSURE THE QUALITY AND SAFETY OF NURSING PRACTICES. THE PROCESS OF DEVELOPING GUIDELINES IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN	
Primeau M.S. NURSES OF THE FUTURE: WHAT WILL THEY LOOK LIKE?	
Зайнутдинова И. Ю. ПЕРСПЕКТИВА РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА	
Абдрахманова А.О., Байгожина З.А., Кабдуллина Г.Б., Умбетжанова А.Т., Бекбергенова Ж.Б., Умралина А.С. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МОНИТОРИНГА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА	
Байгожина З. А., Шалхарова Ж.С., Абдрахманова А.О., Кабдуллина Г.Б., Умбетжанова А.Т., Бекбергенова Ж.Б., Умралина А.С. О ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ ДОРОЖНОЙ КАРТЫ ПРОЕКТА «МОДЕРНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ» И КОМПЛЕКСНОГО ПЛАНА РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	
Тезисы	
Русакова Е.М. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	
Векленко Г.В., Смагулова Г.А., Сейтмаганбетова Н.А., Достанова Ж.А., Танмаганбетова А.Ю., Жаубатырова А.А., Курмашева Г.С. РЕФОРМА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В КАЗАХСТАНЕ - ЧЕГО ХОЧЕТ МЕДСЕСТРА?	
Наурузбаева А.С. СОВРЕМЕННОЕ УПРАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБОЙ. РАБОТА ЦЕНТРА РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ	

Полицына Н.В. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС – БУДУЩЕЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В КАЗАХСТАНЕ	
Төлеуова А.Е., Сейдахметова А.А., Сұлтанова Ж.С., Зұлпыхарова Г.К., Ерімбетова Л.С., Нұрғалиева А.Т. МЕДИЦИНАЛЫҚ МЕЙІРГЕР ИМИДЖІ ЕМДЕУ МЕКЕМЕСІ ИМИДЖІНІҢ БӨЛІГІ	
Бастрыкина Н.А. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В КАРАГАНДИНСКОМ ОБЛАСТНОМ ЦЕНТРЕ КРОВИ	
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Статьи	
Primeau M.S. ADVANCED PRACTICE NURSES: DELIVERING QUALITY AND COST- EFFECTIVE HEALTH CARE	
Таңатаров С.З., Айтчанова Г.Б. ТҰРҒЫНДАРҒА ҚОЛЖЕТІМДІ ЖӘНЕ САПАЛЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ	
Diana Hankey Underwood TRANSLATING RESEARCH INTO PRACTICE	
Кожаканова С.Т. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ УЗКОГО ПРОФИЛЯ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ	
Тезисы	
Мусина Г.А. РАЗВИТИЕ ПАТРОНАЖНОЙ СЛУЖБЫ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА	
Мукашева Э.К. РОЛЬ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ МЕДСЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	
Шерхан А.У., Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.А., Байдалиева М. Г., Сұлтанова Ж.С. МЕЙІРБИКЕЛЕРДІҢ НАУҚАСҚА БАҒЫТТАЛҒАН КҮТІМ ҰСТАНЫМЫН ҚОЛДАНУЫН ЗЕРТТЕУ	
Шарапиева А.М., Абзалова Р.А., Мысаев А.О. ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ НА ДОМУ	
Жайпанова А.Ж., Жабасахова У.С. ПАЛЛИАТИВТІ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУДА МЕЙІРГЕРЛЕРДІҢ КӘСІБИ ҚҰЗІРЕТТІЛІКТЕРІН ДАМУ	

Танатаров С.З., Жарыкбасова Ф.Ж. ВНЕДРЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ В СЕСТРИНСКОМ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	
Сайтмұратова С.Ш., Сейдахметова А.А. ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТТАН КЕЙІНГІ НАУҚАСТАРДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК БЕЙІМДЕЛУІН ЖЕТІЛДІРУ ЖОЛДАРЫ	
Зульярова З.Ш. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ	
Тайғашева Н.М., Серікова Б.Д., Телешова Г.Ж., Жапабаева К.Е., Сейдахметова А.А. ПАЛЛИАТИВТІ НАУҚАСТАРҒА КҮТІМ КӨРСЕТУДІ ЖЕТІЛДІРУ	
СЕСТРИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Статьи	
Исаева Р.Б., Усебаева Н.Ж., Оспанова Д.А., Максудова М.Х., Купеншеева Д.И. ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СОВМЕСТНУЮ КАЗАХСКО-ФИНСКУЮ МАГИСТРАТУРУ ПО СЕСТРИНСКОМУ ДЕЛУ	
Абдрахманова А.О., Кабдуллина Г.Б., Умбетжанова А.Т., Бекбергенова Ж.Б., Умралина А.С. О ВНЕДРЕНИИ ДУАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ КОЛЛЕДЖАХ КАЗАХСТАНА	
Бабаханова Г.А. ИННОВАЦИИ В СЕСТРИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ ИЗ ОПЫТА ПРЕПОДАВАНИЯ В ТУРКЕСТАНСКОМ ВЫСШЕМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ	
Топорова Е.А. ЗНАЧЕНИЕ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Идрисова Ж.Р. ВАКЦИНЫ – ЕДИНСТВЕННОЕ БЕЗОПАСНОЕ СРЕДСТВО ЗАЩИТЫ ОТ ИНФЕКЦИЙ	
Бекназарова Ж.Б., Сейдахметова А.А., Байдуйсенов П.К., Толеуова А.Е., Жарасова Н.К. МЕЙІРБИКЕЛЕРДІҢ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ШАРАЛАРДАН ӨТУ РЕТТІЛІГІ	
Дуйсембаева У.Е., Сейдахметова А.А., Оразбаева Э.А., Байдалиева М.Г. ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР НА КАЧЕСТВО РАБОТЫ	
Тезисы	

Добрицкая Н.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАЗВИТИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ УЧАЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»	
Лютко Л.А. ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ УЧАЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА СРЕДСТВАМИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ	
Ташкенбаева Б.Т., Баянбаева А.А. МОДЕРНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ПОДГОТОВКИ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАК ИНСТРУМЕНТ РАЗВИТИЯ ПАТРОНАЖНОЙ СЛУЖБЫ В СИСТЕМЕ ПМСП КАЗАХСТАНА	
Исаева А.К., Шакетова А.Ш. АНАЛИЗ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»	
Алибаева Г.А., Утеулиева Д.З. ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ ПРИКЛАДНОГО БАКАЛАВРИАТА В ПРОЦЕССЕ РЕАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ	
Сейдахметова А.А., Ибрагимова А.Г., Қауызбай Ж.Ә., Ерімбетова Л.С., Сұлтанова Ж.С. МЕЙІРГЕР ІСІНДЕГІ ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ҚҰЗІРЕТТІЛІКТІ ДАМУ	
Байзолдина Ж.С., Нұрғалиева Г.Т. «МЕЙІРГЕР ІСІ НЕГІЗДЕРІ» ПӘНІ САБАҒЫНДА ИНТЕГРАЦИЯЛЫҚ ОҚЫТУ ТЕХНОЛОГИЯСЫН ҚОЛДАНУ	
Абирова А.Б., Алибаева Г.Н. АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ТРУДОВОЙ ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР	
Токбергенова Г.Т. О РОЛИ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДСЕСТРЫ	
Абдулла Т.Д., Сейдахметова А.А., Зұлпыхарова Г.К. МЕЙІРГЕР ІСІ МАМАНДЫҒЫ СТУДЕНТТЕРІНІҢ КӘСІБИ ҚҰЗЫРЕТТІЛІКТЕРІН ҚАЛЫПТАСТЫРУ	
Торемурат З., Шалабаева Г. РОЛЬ НАСТАВНИКА В РАЗВИТИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР БАКАЛАВРОВ	
Байсеитова Р.Т. ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ГОРОДА БАЛХАШ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»	
Жолдыбаева С.А. ОБУЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ РУССКОМУ ЯЗЫКУ И ЛИТЕРАТУРЕ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ	

<p>Танатаров С.З., Мусатаева Р.К. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РАЗВИТИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА</p>	
<p>Баратова Е. РАЗВИТИЕ ИНСТИТУТА НАСТАВНИЧЕСТВА НА КЛИНИЧЕСКИХ БАЗАХ ПО ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ</p>	
<p>Байғазиева М.К., Таржманова М.Т. ЖОҒАРЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КОЛЛЕДЖ СТУДЕНТТЕРІНІҢ КӨРУ МҮШЕСІНІҢ РЕФРАКЦИЯ АНОМАЛИЯСЫН АНЫҚТАУ ЖӘНЕ ОНЫҢ АСҚЫНУЫНА ЖОЛ БЕРМЕУ</p>	
<p>Эдилова Р.М., Қауызбай Ж.А., Сейдахметова А.А. ПОСТМЕНОПАУЗА КЕЗЕҢІНДЕГІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫНЫҢ ЕКІНШІЛІК ПРОФИЛАКТИКАСЫ</p>	
<p>Ахметова Ю.Б. АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ОТНОШЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ</p>	
<p>Мылтыкбаева А.Т. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕДСТОЯЩЕГО ТРУДОУСТРОЙСТВА ВЫПУСКНИКОВ ОТДЕЛЕНИЯ «СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА»</p>	
<p>Серікова Б.Д., Тайғашева Н.М., Оразбаева Ә.А., Жұманқұлова Н.Р., Сейдахметова А.А. ИНТЕНСИВТІ ТЕРАПИЯДА КӨКТАМЫРДЫ КАТЕТЕРЛЕУДЕ ДАМИТЫН ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АСҚЫНУЛАРДЫ АНЫҚТАУ</p>	
<p>Сүйінбай А.Ә., Сейдахметова А.А., Биболова А.С., Тайғашева Н.М. ТҰРМЫСТЫҚ ЗОРЛЫҚ-ЗОМБЫЛЫҚТЫҢ ДАҒДАРЫС ОРТАЛЫҒЫНДАҒЫ МӘСЕЛЕЛЕР</p>	
<p>Шерхан А.У., Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә., Байдалиева М. Г., Сұлтанова Ж.С. МЕЙІРБИКЕЛЕРДІҢ НАУҚАСҚА БАҒЫТТАЛҒАН КҮТІМ ҰСТАНЫМЫН ҚОЛДАНУЫН ЗЕРТТЕУ</p>	
<p>Файзиева У.Р. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ</p>	
<p>Койшыбаева А.Б. ОПРЕДЕЛЕНИЕ HER2-СТАТУСА В РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН</p>	
<p>Фирсова Е.А. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ УХОДА ЗА ЦЕНТРАЛЬНЫМИ ВЕНОЗНЫМИ КАТЕТЕРАМИ</p>	
<p>ИНФОРМАЦИЯ</p>	

LEADERSHIP IN NURSING CARE: NEW APPROACHES TO THE MANAGEMENT OF NURSING CARE

Articles

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

STAGES OF REFORMING THE NURSING SERVICE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN. PLANS AND PROSPECTS

Heikkila Johanna¹, Tiittanen Hannele², Katja Valkama³

¹ RN University of Applied Sciences JAMK, Senior Advisor Finland

² RN Lahti University of Applied Sciences, Principal Lecturer, Finland

³ Häme University of Applied Sciences, Principal Lecturer, Finland

Abstract

The collaboration between the Ministry of Health and the Finnish Universities of Applied Sciences (UAS) started already in 2013. This long term collaboration and partnership ensures successful results as understanding of the operating environment is comprehensive. In this manuscript, the stages of development – forming, storming, norming and performing -will be used to construct the current situation as well as the plans and prospects for reforming the nursing services in the Republic of Kazakhstan.

Key words: reforming, nursing care, international cooperation, Kazakhstan.

Қазақстан Республикасында мейіргерлік қызметті реформалаудың кезеңдері. Жоспары мен перспективасы

Тұжырымдама

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі мен Финляндия қолданбалы ғылымдар университеттерінің (UAS) арасындағы ынтымақтастық 2013 жылы басталған болатын. Осы ұзақ уақыттық ынтымақтастық пен серіктестік мейіргерлік қызметті жетілдіруде сәтті нәтижелерге жетуге мүмкіндік берді. Мақалада Қазақстан

Республикасында мейіргерлік қызметті реформалаудың жоспары, кезеңдері мен перспективасы ұсынылған.

Кілтті сөздер: реформалау, сестринская служба, халықаралық ынтымақтастық, Қазақстан.

Этапы реформирования сестринской службы в Республике Казахстан. Планы и перспективы

Резюме

Сотрудничество между Министерством здравоохранения Республики Казахстан и Финскими университетами прикладных наук (UAS) началось уже в 2013 году. Это долгосрочное сотрудничество и партнерство обеспечило достижение успешных результатов в области сестринского дела. В этой рукописи представлены этапы разработки, планы и перспективы реформирования сестринской службы в Республике Казахстан.

Ключевые слова: реформирование, сестринская служба, международное сотрудничество, Казахстан.

УДК 61:001.83(100)

Received: 03.06.2018

Accepted: 12.06.2018

Corresponding author: Heikkila Johanna, Senior Advisor PhD (Health Sciences/ Nursing Science), RN

University of Applied Sciences JAMK, Finland

Address: P.O. Box 207 FI-40101 Jyväskylä, Finland

Phone: +358 20 743 81 00

E-mail: Heikkila.johanna@jamk.fi

Introduction

In the 2016 «Comprehensive Plan of Nursing Development in Kazakhstan until 2019» [1] the key objectives for reforming the nursing services were set. The plan was designed to position Kazakhstan's nursing care system in line with the international level, in accordance with the needs of modern Public Health to improve the quality, efficiency and safety of Public Health in the Republic of Kazakhstan. This development of nursing services was systematically planned and has already been implemented on

many levels for several years. The vision for nursing services 2019 is demanding, but attainable. The objectives set for 2019 are

- 1) Introduction of new competences and roles of nurses in the public health system.
- 2) Institutional development of medical colleges and universities in accordance with the needs of nursing care reform.
- 3) Creation of scientific foundation to strengthen nurses' education and the nursing care system development.
- 4) Marketing and awareness raising on nursing care reform to create a positive image of new medical nurse profession.
- 5) Development and implementation of nursing care reform coordination mechanisms in the republic.

Finnish experts have had the privilege to collaborate on and support this work during the last six years. The collaboration between the Ministry of Health and the Finnish Universities of Applied Sciences (UAS) started already in 2013. This long term collaboration and partnership ensures successful results as understanding of the operating environment is comprehensive. In this manuscript, the stages of development – forming, storming, norming and performing -will be used to construct the current situation as well as the plans and prospects for reforming the nursing services in the Republic of Kazakhstan.

Stage 1. Forming Contemporary Nursing Services for Kazakhstan

The Comprehensive Plan of Nursing Development expresses the future goals to not only the governmental officials, state and private educational institutions and health care facilities, but to all stakeholders, such as professional associations, research centers etc. The prerequisite for the reform of the nursing services is the high quality of workforce with a new scope of work. High quality professional nurses with extended practice skills and competences can only be achieved by the modernization of educational system of nursing specialists. Therefore, reforming the nursing services also creates a need for a deep reform of the education system and its volumes all the way from vocational education to PhD level. When advanced nursing roles are launched in practice, changes in regulation and payment policies are also required. In addition, organizational level support will be required [2].

Internationally, the title registered nurse is used to refer to the main workforce of the health care service. Similarly, in the future nurses in Kazakhstan will possess the

corresponding competence and scope of work. In the Tuning project, a working definition for the professional first cycle registered nurse has been created already in 2003, namely, «This registered nurse is a professional person achieving a competent standard of practice at first cycle level following successful completion of an approved academic and practical education. The registered nurse is a safe, caring, and competent decision maker willing to accept personal and professional accountability for his/her actions and continuous learning. The registered nurse practices within a statutory framework and code of ethics delivering nursing practice (care) that is appropriately based on research, evidence and critical thinking that effectively responds to the needs of individual clients (patients) and diverse populations» [3].

For launching the required educational reform and starting the production of high quality workforce, in 2014 the contract on «Partnership in development of nursing service» between the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan and JAMK UAS in consortium with Häme, Laurea and Lahti UAS was signed. In the framework of this contract, a competence-based educational programme on applied bachelor's degree in «Nursing» specialty was created according to international recommendations, including the Directive on the recognition of professional qualifications [4]. In contrast to a traditional educational system, the new programme is practice-oriented. This programme was then launched at six medical colleges of Kazakhstan: Medical College of Astana, Pavlodar College of Medicine, Kyzylorda Medical College, Republican Medical College for training and retraining of paramedical and pharmaceutical personnel (Almaty), West-Kazakhstan Medical College, and Kokshetau Medical College. The first cohort of this programme has now graduated. This pilot educational programme as well as a fast trajectory programme from nurse to applied bachelor nurse were both approved in 2017. The 1.5 year programme gives experienced nurses a career opportunity and produces high capacity workforce for reforming nursing services faster and more cost efficiently.

The support for organizational development of educational organizations towards 21th century pedagogy and internationally valid programmes is part of the forming stage. In 2016, the quality criteria for assessing Medical Colleges were developed and the first assessment of medical colleges was conducted in order to be able to identify those medical colleges that could be reorganized into higher medical colleges and start to train applied bachelor nurses in accordance with this new competence-based educational standard. In addition to the afore-mentioned six medical colleges, four others passed the assessment. From those four, «Turkestan» multi-specialty medical

college has reorganized itself to a higher medical college and started the applied bachelor education in nursing.

Global standards for nursing education faculty set the requirement that teachers that educate nurses are nurses [5]. As the number of the students will increase and the level of the education will be higher, the demand for nurse teachers educated at Master's level is evident. Therefore, the fourth area belonging to the stage of forming was planning a joint Master degree programme in nursing. During 2015-2017, the programme was planned, and in August 2017, JAMK University of Applied Sciences signed a contract with the «Kazakh Medical University of Advanced Education» (KazMUCE) on the creation of a Jointly implemented two-degree program enabling the graduate student of Nursing specialty in KazMUCE to obtain a degree of a Master of Healthcare in the program «Advanced Nursing Practice» (90 ECTS) at JAMK. In September 2017, the first cohort of 20 students started their studies. The cohort will graduate in 2019.

Stage 2. Storming SHIP for Modernization of Education System for Nurses

It was planned that the reform would be supported by the Social Health Insurance Project starting from the beginning of 2017 [6]. However, the whole year 2017 was required for preparation. Finally, in December 2017, the Finnish consortium of JAMK, Lahti and Häme Universities of Applied Sciences signed a contract with Social Health Insurance Project subcomponent 2.3., which aims to develop an effective human resources policy for the sector, ensuring the provision of high-quality health services through strategic partnership. The strategic partnership concentrates on the Modernization of Education System for Nurses.

The Modernization of Education System for Nurses – project's actions are divided into five large tasks, with clear aims in each task with several activities. The five task areas are:

- 1) Improvement of educational system of nursing specialists;
- 2) Improvement of academic programs for nursing specialists;
- 3) Improvement of professional environment for nursing specialists;
- 4) Further institutionalization of clinical training of nursing professionals;
- 5) Development of educational programs for capacity building of teachers and nurses.

Stage 3. Norming the bases for Reforming Nursing Services

Once the modernization project started in December 2017, due to the profound planning and tight timetable, the project team has successfully managed to complete several task activities. The existing medical colleges need to develop their working curriculums, capacity of their teachers, their collaboration with clinical practice as well as facilities and resources for selection to be upgraded to become Higher Medical Colleges for implementation of applied bachelor's program in nursing. The improvement of the educational system of nursing specialists has proceeded by assessing 15 more medical college during this spring and 16 more will be assessed in autumn. As Medical colleges Higher medical colleges and Medical universities create strategic development programmes as a part of their management system, these programmes should contain relevant and sufficient plans and activities for the development of nursing education in accordance of the reform. The criteria for assessment of development programs of educational institutions was created for the use of Ministry of HealthCare as well as the institutions themselves.

Before the new system of nursing service in healthcare settings can be launched several orders and other legislative documents needs to be developed and changed. The nursing management system will be piloted in primary health care and in hospitals with those organisations that will employ the new applied bachelor graduates with rights to extended practice. Simultaneously the documentation of nursing care by nursing professionals must be launched.

During spring 2018, first half year of the project, a giant leap has been achieved in the improvement of academic programmes (Task 2). Two new educational programmes have been developed: retraining of nurses from the applied bachelor to the academic bachelor degree in Nursing specialty; and nursing specialists at PhD level for the «Nursing» specialty. In addition, two programmes have been revised: the Technical and Vocational Education level for the «Nursing» specialty; and Master level in the «Nursing» specialty. The implementation of the joint Kazakh-Finnish dual-diploma Master's program in nursing is in process.

In task three (3), the development work with the clinical nursing guidelines is still in progress. The first five clinical nursing guidelines concerning hypertension, diabetes type 2, heart failure and asthma nursing are going to be ready for implementation during the autumn 2018. Trainings in the methodology of development, evaluation, and continuous update of evidence-based clinical nursing guidelines have been provided. In addition, capacity building programs for practicing nurses of clinical facilities about the new clinical nursing guidelines are going to be provided.

The development of clinical training of nursing professionals was the focus of task four (4), which was mainly completed during spring 2018. The criteria for assessment of clinical bases for applied and academic bachelor training of nurses were defined and the assessment completed. Mentorship was also developed at clinical bases by training of nurses through training of national trainers in spring 2018. The training will also be provided in autumn 2018 and spring 2019.

Task five (5) focused on providing capacity building for teachers and nurses. At the beginning of spring 2018, two capacity building trainings using competency-based approach were provided; one for the faculty of the 7th semester of study in the «Nursing» specialty 3.5 years, and one for the faculty of the 3rd semester of study in the «Nursing» specialty 1.5 years. Later during the spring, the capacity building program «Teacher of Nursing» for faculty staff of medical colleges, Higher nursing colleges and universities was provided. Altogether 344 faculty members and nurses were trained during the first half a year in the project.

Three more capacity building trainings are being prepared, and will be implemented during autumn 2018. The coming trainings are introducing an educational program with specialization in management of nursing for chief and senior nurses as part of the reform of nursing; specialization in individual admission of patients by a nurse of applied and/or academic bachelor's degree in general practice and by priority nosologies; and a capacity building program «Evidence-based nursing practice and researches in Nursing» for nurses.

This norming stage will cover systemization of nursing service processes in state level as well as in health care institutions. The hospitals and Primary health care will compete in the future to recruit the best graduates. It can be foreseen that there will be identified barriers and problems that need still solving by norming before the new reformed nursing service is effective and there is evidence on its wide results.

Discussion Stage 4. Towards performing and further development

How to support the development to the fourth stage to reach the performing nursing system in the Republic of Kazakhstan? The actions has to be made to the fourth stage in order to reach the performing nursing system in the republic of Kazakhstan. First, the nurses themselves must take the responsibility to show their professional competences. Convince the multidisciplinary care teams of their knowledge and skills as well as their clinical decision making skills. Nurse empowerment means that the nurses have the ability and power to act professionally, has a sense of

confidence. It has been reported that that nurse empowerment is positively related to quality of performance and patient care. Nurse empowerment is characterized by the ability to engage in positive and productive behaviors as a result of competence to meet the demands of the job. Engagement to nursing profession means that one has a positive work-related state of mind that is characterized by dedication, persistence to do great work [7]. This mean also that the nurses should be encouraged to join to the national nurses associations and be active in their community in order to develop the future nursing service to Kazakhstan. Strong nursing community will create positive image also to the population, and increase the status of nursing profession.

The development education system and a critical mass of nursing academics on the level of Masters and PhD in Kazakhstan that are engaged in nursing research and evidence-based practice will create knowledge base for teaching nursing and managing nursing services. This will expose the future students in Medical Universities and Higher medical colleges both to the academic but also to the clinical sphere of nursing. To enhance this link is needed for the future innovations. The development collaboration between the education and the practice is supported through international multicenter project that is cofunded through Erasmus+. ProInCa - project that promotes the innovation capacity of higher education will establish a Center of Nursing Excellence that will promote the reform of nursing service [8].

Where there is a will, there is also a way. The participants of Master Class from educational institutions regard the future nursing in Kazakhstan as follows: Nursing is respected profession with prestige and career. All students can English and are able to use nursing databases. All teachers are masters in nursing. There is governmental support to nursing science and research. Profiles for each university to enhance the development nursing science and research - Family nursing, cancer nursing, etc. International research projects to develop nursing are conducted. Research clinical centers support to apply research to practice. There are research groups of nursing with international cooperation. Results of studies are published in the Nursing Journal of evidence-based nursing in Kazakhstan and in international refereed publications. Center of Nursing Excellence is widely used.

References

1. Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2019 года: утв. Министром здравоохранения Республики Казахстан 6 декабря 2016 года.

Kompleksnyj plan razvitija sestrijskogo dela v Respublike Kazahstan do 2019 goda (Comprehensive plan for the development of nursing in the Republic of Kazakhstan until 2019) [in Russian]: utv. Ministrom zdravoohraneniya Respubliki Kazahstan 6 dekabrya 2016 goda.

2. Maier, C., Aiken, L. and Busse, R. Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation, OECD Health Working Papers, No.98, OECD publishing, Paris. 2017: 72 p.

3. TUNING. Guidelines and Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Nursing. Edition 2018. 47 p.

4. European Parliament 2013. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System («the IMI Regulation»). Website. Retrieved 01.06.2018. Available: <http://eur-lex.europa.eu/>.

5. World Health Organization. WHO. Global Standards for the initial education of professional Nurses and Midwives. 2009. 40 p.

6. SHIP. Social Health Insurance Project: Improving Access, Quality, Efficiency and Financial Protection. Website. Retrieved 01.06.2018. Available: <http://projects.worldbank.org/>.

7. Potratz E. Transforming Care at the Bedside: A Model to Promote Staff Nurse Empowerment and Engagement. Master of Arts in Nursing Theses. 2012; 39 p.

8. ProInCa. Promoting Innovation Capacity of Higher Education in Nursing during Health Services Transition. Website. Retrieved 01.06.2018. Available: <http://proinca-nursing.kz/>.

INNOVATIVE MEDICAL AND SOCIAL APPROACHES IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN PHC NURSES PRACTICE

Abzalova R.A.

National expert of the Republic of Kazakhstan on Primary Healthcare, Astana, Kazakhstan

Abstract

The middle grade medical personnel is an important part of the health system and has the potential to meet the needs of the population for affordable and quality medical care at the primary level. The article is devoted to the introduced innovative technologies in the practice of nurses of the level of primary medical - sanitary care in Kazakhstan.

Key words: innovative technologies, Primary Healthcare, nursing care, Kazakhstan.

Қазақстан Республикасындағы МСАК деңгейінің мейіргерлерінің тәжірибесіндегі медициналық-әлеуметтік жаңашыл тәсілдер

Тұжырымдама

Орта медициналық қызметкер – денсаулық сақтау жүйесінің ең маңызды құрамдас бөлігі. Олар біріншілікті деңгейде тұрғындарға қолжетімді әрі сапалы медициналық қызмет көрсетуде басым мүмкіндіктерге ие. Бұл мақала Қазақстандағы медициналық-санитарлық алғашқы көмек деңгейіндегі мейіргерлердің тәжірибесіне енгізіліп отырған жаңашыл медициналық-әлеуметтік тәсілдерге арналған.

Кілтті сөздер: жаңашыл технологиялар, МСАК, мейіргерлік іс, Қазақстан

Иновационные медико-социальные подходы в практике медицинских сестер ПМСП Республики Казахстан

Резюме

Средний медицинский персонал – важная часть системы здравоохранения и обладают потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и качественной медицинской помощи на уровне первичного звена. Статья

посвящена внедряемым инновационным технологиям в практике медицинских сестер уровня первичной медико-санитарной помощи в Казахстане.

Ключевые слова: инновационные технологии, ПМСП, сестринское дело, Казахстан

УДК 61:001.12/18

Recieved: 14.06.2018

Accepted: 18.06.2018

Corresponding author: Rosa Abzalova, doctor of medical sciences, professor, National expert of the Republic of Kazakhstan on Primary Healthcare, Astana, Kazakhstan.

Phone: 87018885937

E-mail: r_abzalova@mail.ru

В соответствии с Дорожной картой развитие здравоохранения в Республике Казахстан разработан и принят Комплексный план развития сестринского дела. Специалисты сестринского дела – важная часть системы здравоохранения и обладают потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и качественной медицинской помощи на уровне первичного звена [1]. Концепция развития здравоохранения и реформы сестринского дела требуют нового подхода к работе сестринского персонала в организациях ПМСП.

Мировой опыт успешных пациентоориентированных моделей ПМСП акцентирован на семейную практику, семейный принцип облуживания, многофункциональность и самостоятельность медицинских сестер – партнеров врачей.

Социально ориентированный средний медицинский персонал – это специалист, который имеет целостный взгляд на проблемы здоровья и социального положения пациента, семьи и сообщества, работает под руководством врача, либо самостоятельно, но в тесном сотрудничестве с командой специалистов ПМСП, применяет технологии медико-социальной работы с населением и участвует в формировании солидарной ответственности у населения за свое здоровье через разностороннее развитие своей личности.

Как сформировать управленческий процесс с предложением инструментов для выявления и исправления проблем связанных с развитием сестринской профессии? Чтобы организация ПМСП была эффективной и результативной необходимо планирование и реализация новых идей на практике с мотивацией специалистов сестринского дела.

Для преодоления кризиса и осуществления управленческих решений необходимо, чтобы:

- ключевая роль в оказании медицинских услуг в организации ПМСП принадлежала медицинским сестрам, как партнерам врачей;

- было эффективное наставничество на базах практики с моральной и материальной поддержкой наставников;

- возвращение у медсестер аналитического и научного склада ума для овладения методами разрешения проблемных ситуаций и активной самостоятельной деятельности и умению работать в команде;

- развивать способности медсестры к непрерывному профессиональному обучению с целью приобретения новых навыков и актуализации старых. Это возможно в самообучающихся организациях;

- развивать высокие личностные качества для осознания своей роли и ценности в оздоровлении общества. Это возможно в организациях, где есть высокая степень развитости корпоративной культуры;

- определить индикаторы, оценивающие деятельность медицинских сестер;

- создать Независимый сестринский комитет из числа опытных экспертов в организации ПМСП;

- готовить сестер-тренеров, сестер-лидеров, сестер-наставников, сестер с научной степенью, сестер-менеджеров, сестер-консультантов по вопросам здорового образа жизни, сестер-супервизоров, специалиста по сестринскому аудиту;

- создать возможность обогащения в области сестринского дела путем обмена опытом, публикаций в профессиональных журналах, участия в конференциях, семинарах, мастер-классах, учебных турах;

- организовать создание учебных фильмов по деятельности медсестер в области ПМСП;

- усилить влиятельную роль сообщества профессионалов в сестринском деле для продвижения стратегий по сестринскому делу;

- широко использовать IT-технологий в деятельности медсестры.

Одной из новых направлений в сестринской профессии на уровне первичного звена является универсально – прогрессивная модель патронажного сестринского обслуживания. Это смешанная модель патронажных посещений на дому для помощи семьям со средним и высоким уровнем неблагополучия, в обеспечении наиболее подходящих ресурсов для детей до 5 лет в плане общего ухода,

питания, здоровья, предотвращения последствий социального неблагополучия.

Позитивным потенциалом данной модели является:

- помощь семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации;
- охват и оказание помощи социально-неблагополучным семьям и раннее вмешательство;
- формирование сознательного родительства, позитивных отношений между родителями и детьми для поддержки здоровой среды в семье;
- развитие детей в заботливой и безопасной окружающей семейной среде;
- снижение случаев насилия, жестокого обращения над детьми;
- снижение уровня госпитализации, вызванной не преднамеренными и преднамеренными травмами;
- снижение материнской и детской смертности.

Таким образом, будет создана:

- эффективная команда медицинских сестер для оказания первичной медико-социально помощи и профилактики;
- сократятся ненужные медицинские консультации, уменьшатся очереди к врачам и жалобы от населения;
- улучшатся показатели здоровья населения;
- будут внедрены Программы по управлению хроническими неинфекционными болезнями;
- будут внедрены медико-социальные проекты по ФЗОЖ для мотивации населения и ответственного отношения к своему здоровью;
- будут развиты сестринские технологии в оказании помощи хроническим пациентам и социально уязвимым категориям населения.

Все эти мероприятия позволят повысить престиж и авторитет медсестры первичного звена здравоохранения.

Литература

1. Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2019 года: утв. Министром здравоохранения Республики Казахстан 6 декабря 2016 года.

Kompleksnyj plan razvitija sestrinskogo dela v Respublike Kazahstan do 2019 goda (Comprehensive plan for the development of nursing in the Republic of Kazakhstan until 2019) [in Russian]: utv. Ministrom zdavoohranenija Respubliki Kazahstan 6 dekabryia 2016 goda.

EVIDENCE-BASED NURSING CLINICAL GUIDELINES TO ENSURE THE QUALITY AND SAFETY OF NURSING PRACTICES. THE PROCESS OF DEVELOPING GUIDELINES IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Kivinen Eveliina¹, Lehto Siru², Heikkila Johanna³

¹RN Lahti University of Applied Sciences, Senior lecturer, Nursing degree programme coordinator, Finland

²RN JAMK University of Applied Sciences, Senior lecturer, Finland

³RN JAMK University of Applied Sciences, Senior Advisor Finland

Abstract

The aim: Description of a process of developing of nursing guidelines in the Republic of Kazakhstan.

Methods: We offer clinical guideline principles and present working groups, who develop patients care principles in the Republic of Kazakhstan.

Results: Currently the first four international clinical guidelines are being adapted. Within the next few years, 15 recommendations for patients caring are planned to be developed in the Republic of Kazakhstan.

Conclusions: Nursing clinical guidelines in Kazakhstan will be represent high level tools based on evidences which are accessible for everyone and contribute to safety and quality care.

Key words: nursing, clinical guidelines, Kazakhstan

Дәлелдемелі медицинаға негізделген сапалы және қауіпсіз медициналық көмек көрсету үшін мейіргерлерге арналған клиникалық нұсқаулықтар. Қазақстан Республикасында әдістемелік нұсқаулар құру процесі

Тұжырымдама

Мақсаты: Қазақстан Республикасында әдістемелік нұсқаулар құру процесін сипаттау.

Әдістері: Біз Қазақстандағы клиникалық тәжірибенің жетекші принциптері мен науқастардың күтімінің жетекші принциптерін құрастыратын жұмыс тобы жайлы мәлімет бердік.

Нәтижелері: Қазіргі таңда клиникалық тәжірибенің алғашқы төрт халықаралық жетекші принциптері бейімделіп құрастырылды. Бірнеше жыл ішінде Қазақстанда науқастардың күтіміне арналған 15 нұсқаулықтар құрастырылады деп жоспарлануда.

Қорытынды: Қазақстандағы мейіргерлік істің жетекші клиникалық принциптері жалпыға мәлім нақты деректерге сүйенген сапасы жоғары құралдар болып табылады. Олар науқастардың күтімін қауіпсіз әрі сапалы дәәрежеде атқаруға септігін тигізеді.

Кілтті сөздер: жетекші принциптер, мейіргерлік іс, Қазақстан.

Клинические руководства сестринской службы для обеспечения качественной и безопасной медицинской услуги основанной на доказательной медицине. Процесс разработки методических инструкций в Республике Казахстан

Резюме

Цель: Описание процесса разработки руководящих принципов сестринского дела в Республике Казахстан.

Методы: Нами представлены руководящие принципы клинической практики и изложены рабочие группы, разрабатывающие руководящие принципы ухода за больными в Республике Казахстан.

Результаты: В настоящее время адаптируются первые четыре международных руководящих принципов клинической практики. В течение ближайших нескольких лет планируется разработать 15 рекомендаций по уходу за больными в Республике Казахстан.

Выводы: Клинические руководящие принципы сестринского дела в Казахстане будут представлять собой высококачественные инструменты, основанные на фактических данных, доступные всем и они будут способствовать безопасному и качественному уходу.

Ключевые слова: руководящие принципы, сестринское дело, Казахстан.

УДК 61:001.83(100)

Recieved: 03.06.2018

Accepted: 12.06.2018

Corresponding author: Heikkila Johanna, Senior Advisor Ph.D (Health Sciences/ Nursing Science), RN

University of Applied Sciences JAMK, Finland

Address: P.O. Box 207 FI-40101 Jyväskylä, Finland

Phone: +358 20 743 81 00

E-mail: Heikkila.johanna@jamk.fi

Introduction

Over the past decades, extensive research has been carried out on the methods underpinning clinical practice guidelines (CPGs). During this period, the CPGs have shifted from opinion-based to evidence-informed and an increasing number of terms, tools and acronyms have emerged [1]. Today CPGs are considered effective tools in delivering optimal, quality-focused, patient-centric, safe care and improving the quality and cost of healthcare. The evidence demonstrates that CPGs can also have a positive impact on nursing practices and patient outcomes [2]. Nursing clinical guidelines are intended to help nurses make informed, reasoned and evidence based decisions in nursing clinical practices.

This article presents the development of nursing clinical guidelines in the Republic of Kazakhstan. The development was launched in 2018 in accordance with the comprehensive nursing development plan for 2019 [3] in «Social Health Insurance Project: increasing the availability, quality, cost-effectiveness and financial protection» activities concerning Modernization of Education System for Nurses. In the Project, Finnish experts mentor, support and monitor the development process regarding nursing clinical guidelines. The development process started with creating manuals on how to develop nursing clinical guidelines and training the Research committee in January 2018 in Astana. The Research committee was then divided into Development groups, which are currently adapting the first nursing clinical guidelines. Over the next few years, the plan is to develop 15 nursing clinical guidelines for the Republic of Kazakhstan. The first four international CPGs are currently being adapted.

The materials and methods section of this article introduces the clinical practice guidelines and sets out the working groups developing the nursing clinical guidelines in the Republic of Kazakhstan. Thereafter, the results section presents the main results of the development work so far; the manuals for writing nursing clinical guidelines, training of the Research committee and the four (4) first guidelines to be published in the autumn 2018. At the end this article discusses the future steps regarding the development of nursing clinical guidelines.

Materials and methods

Critically appraised and synthesized scientific evidence has become very important in healthcare. In clinical practice, it is challenging for professionals to keep up to date with the volume of new evidence-based information. Therefore, quality clinical practice guidelines synthesizing current research evidence are important tools also for

nursing professionals. However, guideline development processes vary, some guidelines do not meet basic quality criteria [4] and professionals are unknowingly following recommendations that have not undergone rigorous development [5].

IOM (2011) describes CPGs as important documents able to enhance clinician and patient decision making by clearly describing and appraising the scientific evidence and reasoning (benefits and harms) behind clinical recommendations and making them relevant to the clinicians. Evidence-based guidelines help nurses to explain and justify nursing interventions and standard national guidelines, rather than organisations using different guidelines, are required to develop a more advanced role for nurses in healthcare [6].

In the beginning of the process, the different definitions of the CPGs were considered. In the Republic of Kazakhstan, the nursing clinical guidelines were defined as documents synthesizing current evidence and recommendations for nursing professionals about the care of patients with specific conditions. CPGs use preventive, diagnostic, therapeutic and rehabilitation actions in the management of patients based on evidence-based medicine and nursing. Nursing clinical guidelines were considered to be statements of recommended best practice which have been systematically developed in a specific clinical area with the aim of providing direction for nursing professionals in their practice [7]. Nursing clinical guidelines assist nurses with the implementation of evidence-based, patient safe and competent nursing care.

CPGs can be introduced into clinical practice in a variety of ways. The development of a new (*de novo*) clinical guideline involves months of dedication from the professionals involved. Therefore, developing new CPGs is considered to be time-consuming and expensive. The adoption, contextualisation and adaptation of the recommendations from existing CPGs is considered to be more efficient. In adoption, the CPG recommendations are implemented into clinical practice without any changes being made to them. Contextualisation means that the local situation is taken into account in the implementation. In adaptation, the recommendations are adapted to the local environment. In adaptation, some changes can be made to the recommendations so that the care provided is relevant in a new environment [8].

In Kazakhstan, adaptation was defined as a systematic approach in considering the use and/or modification of existing guidelines produced in one cultural and organizational setting for application in a different context. Adaptation is considered to be a participative process involving local key stakeholders. In adaptation, guidelines are customized to be suitable for local contexts [9]. The adaptation process improves the

quality of guidelines and ensures that recommendations are relevant to nursing practices in the Republic of Kazakhstan.

In the development of nursing clinical guidelines, coordination is important for quality outcomes. At the beginning of the process, the working groups for the development of nursing clinical guidelines were planned together with local experts. It was agreed, that for the development of nursing clinical guidelines in the Republic of Kazakhstan, there would be five (5) different working groups; the coordination group, the development group, the steering group the guideline methodologists and the external review group with consultants [7]. The Development group has the main role and responsibilities regarding the development of guidelines (Figure 1).

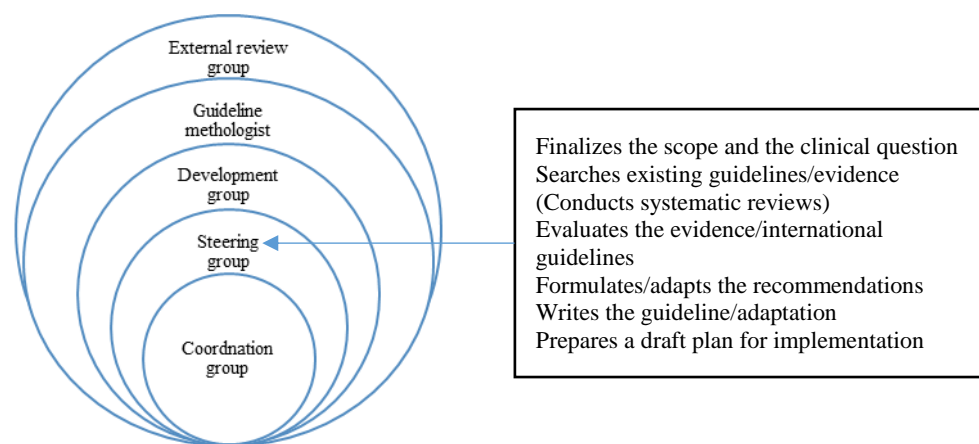


Figure 1 - Development group responsibilities for the development of guidelines

The Coordination group monitors and coordinates the nursing clinical guideline work in the Republic of Kazakhstan. In the future, this group will set up the policies, review the guideline proposals, update the manuals and inform the public. The Development group has a major responsibility to be actively involved in the new guideline/adaptation processes. Development groups vary in their size depending on the scope of the guideline. The groups should be multidisciplinary and include representatives from relevant professional groups, patients, carers and representatives from appropriate voluntary organisations. Each Development group names one representative (chair) in the Steering group. The responsibility of the steering group is to evaluate the development processes for nursing clinical guidelines. In the near future, it is also important to name guideline methodologists, local experts who can support Development groups in their work. During the Project, Finnish experts will be working as an external review group [7].

Results

Nursing clinical guideline development in the Republic of Kazakhstan started in the beginning of 2018 and co-operation between Finnish and local experts has been effective and productive. To date, the manuals providing step by step instructions on the technical and procedural aspects of building nursing clinical guidelines can be considered one of the key results of the co-operation. The development of knowledge and skills of the local actors can also be considered as one of the key results. The third key result of the development work are the four guideline adaptation processes.

In the beginning of 2018 two manuals for nursing clinical guideline development were written. Manual 1. «Methodological recommendation how to develop nursing clinical guidelines» concentrates on new guideline development and Manual 2. «Methodological recommendations how to adapt international nursing clinical guidelines» on guideline adaptation. The development process for the manuals started by making a search strategy, conducting a literature search and reviewing identified literature. In addition, internet search engines were used. Three Finnish experts went through the search results and selected methodological articles and handbooks for closer review.

Handbooks reviewed included the WHO handbook for guideline development (2014) [10], NRF handbook for nursing clinical guideline (2013) [11], NICE manual for developing guidelines (2014) [12], SIGN guideline developer's handbook (2015) [13] and ADATPE recourse toolkit for guideline development (2009) [9]. In addition, The Ministry of Health and Social Development (2016) [14] regulations on the development /revision of clinical protocols in the Republic of Kazakhstan and the process description on guideline development [15] were also reviewed. While writing the manuals, evidence-based information on guideline development was utilized and manuals providing step by step instructions on the technical and procedural aspects of writing nursing clinical guidelines were designed.

Both manuals have a clear structure guiding the members of the Development group. Manual 2. «Methodological recommendations how to adapt international nursing clinical guidelines» presents the process of adaptation. The adaptation process was planned to have six (6) stages and fifteen (15) steps showing how to adapt international guidelines (Table 1).

Table 1 - The stages and steps of nursing clinical guideline adaptation in The Republic of Kazakhstan

Stages	Steps	Development process
1. Proposing a guideline development or adaptation	Step 1	Consider the proposal and establish a Development group
	Step 2	Ensure and justify the need for a guideline adaptation and draft the scope
2. Preparation of a guideline adaptation process	Step 3	Organize different working groups and schedule the work to be done
	Step 4	Write the scope and determine criteria for guideline selection
3. Finding and assessing international guidelines	Step 5	Identify existing international guidelines
	Step 6	Assess the suitable guidelines
	Step 7	Review the assessments and select a guideline for adaptation
4. Adapting guideline recommendations	Step 8	Make a decision to adapt assessed guideline and translate the guideline into Russian
	Step 9	Adapt guideline recommendations and write a draft of the guideline
	Step 10	Plan for update and aftercare of the guideline
5. Subjecting the adapted guideline to external review	Step 11	Seek feedback and consultation
	Step 12	Finalize the adapted guideline
6. Approving and publishing the adapted guideline	Step 13	Approve the adapted guideline
	Step 14	Publish the adapted guideline
	Step 15	Implement the adapted guideline

The second main result so far has been the competency development of the local experts. During the spring of 2018, two Master classes were organized for the purpose of training the methods for guideline development. The classes included advanced information on evidence-based nursing, nursing research and guideline development. The Master classes were practical and the Development groups have been able to proceed in their guideline development in the workshops. As a result, in the Republic of Kazakhstan there is a Research committee, 15 local experts competent in nursing clinical guideline development. Finnish experts continue to mentor and support these Research committee members.

The third main result is the progress regarding four adaptation processes. In January 2018 the Research committee was divided into four Development groups and each Development group was given a theme area (Asthma, Diabetes, Heart failure and Hypertension). The Development groups proceeded to write the scope, clinical question and determine criteria for guideline searches. An individual guideline search using the template designed for the purpose was conducted and the Development groups selected quality CPGs for AGREE evaluation [16]. After that, each Development group selected 2-3 CPGs for further evaluation and the content, how up to date they were and the consistency of the guidelines were evaluated [9]. In May 2018, each Development group selected one CPG and permission to use the guideline for adaptation was requested. Having been translated the guideline recommendations are currently being adapted.

Discussion

Nursing clinical guidelines are one of the best way to apply evidence-based nursing knowledge in practice. Evidence-based practice integrates the best evidence from well-designed studies and evidence-based theories with a clinician's expertise and a patient's preferences and values in making the best clinical decisions. CPGs are important tools that can reduce variations in the level of healthcare and improve patient outcomes. Therefore, they should be routinely incorporated into nursing practice [5].

CPGs can be developed, for example, at organizational, regional or national level. Many countries still lack high-quality national level nursing clinical guidelines. In the Republic of Kazakhstan, the development of nursing clinical guidelines has now been launched. In the Project manuals on how to develop nursing clinical guidelines have been created and the Research committee has been trained. The first four international CPGs are in the adaptation process and will be published in September 2018. The publication of guidelines is, however, only part of the development of evidence-based nursing. After publication, the national implementation materials and procedures will be developed by Finnish experts in co-operation with local experts. In December, the first national guideline trainers will receive training to enhance the implementation process.

The nursing clinical guideline development is to be expanded to include more healthcare specialists, patients, family members and local stakeholders. It is intended that the nursing clinical guidelines in the Republic of Kazakhstan will be high-quality evidence-based tools available to all and that they will promote safe and quality nursing care.

References

1. Kredo T., Bernhardsson S., Machingaidze S., Young M. et al. Guide to clinical practice guidelines: the current state of play. *International Journal for Quality in Health Care*. 2016; 28(1): 122 –128.
2. JCI. Clinical Practice Guidelines: Closing the gap between theory and practice. A white paper by Joint Commission International, 2016. Web site. Retrieved 27.05.2018. Available: <https://www.elsevier.com/>.
3. Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2019 года: утв. Министром здравоохранения Республики Казахстан 6 декабря 2016 года.
Kompleksnyj plan razvitija sestrinskogo dela v Respublike Kazahstan do 2019 goda (Comprehensive plan for the development of nursing in the Republic of Kazakhstan until 2019) [in Russian]: utv. Ministrom zdravoohranenija Respubliki Kazahstan 6 dekabrya 2016 goda.
4. Qaseem A., Forland F., Macbeth F., Ollenschlager G., et al. Guidelines International Network: Toward international standards for clinical practice guidelines. *Annals of internal Medicine*. 2012; 156(7):525-531.
5. Melnyk B. Important information about clinical practice guidelines: Key tools for improving quality of care and patient outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2015; 12(1):1–2.
6. Senn B., Kobleder A., Schiess C. Evidence-based guidelines as a necessity for advanced practice nurses. *Annals Nursing Practice*. 2014; 1(2):1010.
7. Kivinen E., Hopia H., Jarvinen S., Vaananen I. Manual 2. Methodological recommendation how to adapt international nursing clinical guidelines. SHIP - Modernization of Education System for Nurses, 2018.
8. Dizion J., Machingaidze S., Grimmer K. To adopt, to adapt, or to contextualise? The big question in clinical practice guideline development. *BMC Research Notes*. 2016; 9:442.
9. ADAPTE collaboration. Guideline Adaptation: A Resource Toolkit, 2009. Web site. Retrieved 27.05.2018. Available: <http://www.g-i-n.net/>.
10. WHO. WHO handbook for guideline development. Second edition, 2014. Web site. Retrieved 27.05.2018. Available: <http://apps.who.int/>.
11. NRF. Handbook for nursing recommendations [in Finnish], 2013. Web site. Retrieved 27.05.2018. Available: <http://www.hotus.fi/N9>.

12. NICE. Developing NICE guidelines: the manual, 2014. Web site. Retrieved 27.05.2018. Available: <https://www.nice.org.uk/>.

13. SIGN 50 A guideline developer's handbook. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2015. Web site. Retrieved 27.05.2018. Available: <https://www.sign.ac.uk/>.

14. The Ministry of Health and Social Development. Regulations on the development /revision of clinical protocols in the Republic of Kazakhstan, Astana, 2016.

15. McGowana J., Muratovb J., Tsepkec A., Issinad A. et al. Clinical practice guidelines were adapted and implemented meeting country-specific requirements the example of Kazakhstan. Journal of Epidemiology. 2016; 6:8-15.

16. AGREE Enterprise, 2018. Website. Retrieved 27.05.2018. Available: <http://www.agreetrust.org/>.

NURSES OF THE FUTURE: WHAT WILL THEY LOOK LIKE?

Primeau M.S.

University of Alabama in Huntsville, College of Nursing, Coordinator of Global Health and Medical Mission Program, USA

Abstract

Globally, we are in the midst of dynamic shifts in healthcare needs and resources. Increased diversity in populations, increased longevity, rising numbers of non-communicable diseases, and decreased resources are just a few of the healthcare challenges we must address in the coming years.

The article presents discussions about the future of nursing care: educational issues, policy, interprofessional cooperation etc.

Key words: nursing care perspectives, education in nursing care.

Болашақтың мейіргерлері: Біз оларды қандай деңгейде көргіміз келеді?

Тұжырымдама

Қазіргі таңда адамзат медициналық қызмет сапасы мен ресурстарының заманауи әрі жылдам дамуын талап етеді. Халықтың саны мен өмір сүру ұзақтығының өсуі, жұқпалы емес аурулардың жиі кездесуі және өмір сүру ресурстарының төмендеуі денсаулық сақтау саласының біз жақын болашақта шешуге тиіс мәселелердің тек аз бөлігі ғана.

Қолжазбада мейіргерлік істің болашағы, оның ішінде білім беру, саясат, маманаралық ынтымақтастық және тағы басқа көптеген мәселелер талқыланады.

Кілтті сөздер: мейіргерлік істің болашағы, мейіргерлік істері білім беру.

Медицинские сестры будущего: Какими мы их хотим видеть?

Резюме

На сегодняшний день человечество требует динамичных перемен в сфере медицинского обслуживания и ресурсов. Увеличение численности населения, продолжительности жизни, увеличение числа неинфекционных заболеваний, а также

уменьшение ресурсов в жизнедеятельности представляют лишь малую часть проблем в сфере общественного здравоохранения, которые мы должны решить в ближайшие годы.

В статье представлены рассуждения о будущем сестринского дела: вопросы образования, политики, межпрофессионального сотрудничества и многое другое.

Ключевые слова: перспективы сестринского дела, образование в сестринском деле.

УДК 61:001.12/18

Received: 14.06.2018

Accepted: 17.06.2018

Corresponding author: Marlena Primeau, DNP, FNP-BC, NHDP-BC, BSHECS, Clinical Associate Professor Coordinator, Global Health and Medical Mission Program University of Alabama in Huntsville, College of Nursing, USA

Address: 301 Sparkman Drive, NB 321, Huntsville, Alabama USA 35899

Phone: + 01 (256) 824-2449

E-mail: Marlena.Primeau@uah.edu

Introduction

To look into the future of nursing, close your eyes for a moment and think about the year 2050.....what will nurses look like then? What do you imagine? What do you WANT nurses to look like then? Will we wear different clothing; have different jobs, different leadership positions, or will we stay pretty much as we are? The truth is, the future of nursing is what we make it.....we decide the future through what we do as individuals, what we do as team members, and what we do as a profession. It really is up to us.

That is both an awesome responsibility and an incredible opportunity. How many times have we thought, «I wish I could CHANGE that!? ». Well, now is our chance! We are in the midst of a tremendous transformation in professional roles, expectations, and practices in both nursing and healthcare. Nurses, though, have to take ownership of those changes. We have to have the knowledge, the determination, and the willingness to step out of our comfort zones and become healthcare leaders. To gain a true picture of what nurses in the future will look like, we need to see it from two perspectives: the opinions of the experts, and the opinions of current and future nurses themselves.

Issues for Nursing's Future

Globally, we are in the midst of dynamic shifts in healthcare needs and resources. Increased diversity in populations, increased longevity, rising numbers of non-communicable diseases, and decreased resources are just a few of the healthcare challenges we must address in the coming years.

When we look at the profession of nursing, we also see dynamic shifts and increasing challenges in the coming years and decades. Currently, there is a worldwide shortage of 7.2 million healthcare workers; by 2035, that number is expected to be 12.9 million [1]. This has not happened overnight; periodic nursing shortages have occurred since World War II [2]. More than a decade ago, the International Council of Nurses (ICN) reported that there are huge variations and instability in nurse to patient ratios worldwide, which in turn directly affects health outcomes [3]. Health care tourism and the ability to practice across national borders are and will continue to critically impact the profession of nursing and healthcare in general. There is an escalating global demand for competent and professional nurses, while at the same time the nursing workforce is aging [4]. Nurses are crossing national borders to practice, often for higher wages and a more positive working environment, but that often leads to critical nursing shortages in the home country [5]. The need for ever more complex nursing care can be overwhelming, and nursing educators often struggle to ensure that students are adequately prepared for an ever-moving target.

The good news is that there is a growing worldwide awareness of this problem, and increasingly, at least a beginning consensus on what needs to be done to mitigate challenges and strengthen the global nursing workforce. The World Health Organization (2015) [6] notes the key role that nurses play in the success of the Sustainable Development Goals, and in particular Goal #3, which is focused on health and wellbeing. Several decades ago, the word 'Glocal' was coined and is becoming a watchword of global nursing and healthcare [7]. It encompasses the concept that global and local considerations occur together, are interconnected and equally important, and must be addressed at the same time [8]. In other words, think globally, act locally.

Perspectives from the Experts

As noted earlier, we are beginning to see a worldwide agreement on ways to address the global nursing challenges, or at least identify the topics that must be addressed to produce competent and professional nurses in the future.

In a 2004 landmark publication, the ICN [9] suggested that one root cause of the nursing shortage is a poor professional image of nursing as well as gender equality issues, so addressing those core concerns is part of our professional responsibilities individually and as a profession. There are several key concepts on the future of nursing that are repeatedly addressed in organizations from the World Health Organization to international nursing associations to national expert groups such as the US Institute of Medicine. Although there are numerous important concepts suggested by each organization (Table 1), the key categories that appear to be consistently addressed are nursing education, nursing leadership, policy concerns, interprofessional collaboration, workforce issues, and care outcome quality [10,11,12].

Nursing education: The problem in nursing education appears to be two-fold; there is a worldwide shortage of nurses, but an even larger shortage of academically qualified nursing faculty. The nursing faculty shortage has occurred due to a variety of factors, including financial disincentives and a devaluation of nursing faculty by academic programs [13]. In addition, nursing programs often lag behind practice essentials in the workplace. Nursing education must provide responsive and adaptable programs, global evidence – based knowledge and competencies must be structured into nursing curricula, and skills that empower critical thinking and enhance professional skills needed in the future must be included [8]. Nurse residencies, professional portfolio development, and lifelong learning need to be incorporated into licensure and certification requirements [11], especially for internationally educated nurses. If the transnational nursing trend continues, standardized educational curricula and licensure/certification requirements become even more crucial. Global healthcare and cultural competencies should be a required part of all nursing curricula at every level [7,14].

Nursing leadership: Nursing, unfortunately, has rarely put an adequate emphasis on developing nursing leaders. If we want to have the ability to create sustainable change, nursing as a profession must advocate for strong nurse leaders at every level....from local hospitals and community clinics to national and international organizations. To develop a generation of nursing leaders, educational programs must identify how best to prepare students for this role and include it in the curricula [15]. Every nurse must discover the leader within themselves, and work toward and accept leadership positions as they occur. As a profession, we must also acknowledge that we need to support and encourage the nurses who strive to be leaders, rather than focus

on internal power struggles and territorial issues. We must not only acknowledge the need, but act on it.

Policy concerns: Traditionally, nurses have not been involved in decision making, are often not invited to the policy table, and therefore, often have no voice in decisions made about nursing practice. Part of the problem is that nursing students and practicing nurses are often not educated on effective ways to become involved in policy processes and decisions, and are rarely mentored in these procedures [16]. Nurses often forget that we are the largest single group of healthcare professionals in the world, and we have the potential to influence policy and politics, from local issues to global concerns. We do, however, have to have the determination to assist in making those changes. Ways that nurses can become involved is first to obtaining training on policy development and the negotiation process, then join professional nursing organizations, and volunteer with local policy or social services organizations.

Interprofessional collaboration: Too often, nurses continue to stay isolated from other healthcare professionals, and rarely collaborate with other disciplines and groups, including non-medical ones. Interprofessional collaboration has been identified as a key strategy in improving healthcare is well supported in the literature [17]. To address critical healthcare and workforce needs, nursing programs need to include interprofessional teamwork training and practice. Nurses should also take the lead in becoming members of interprofessional healthcare teams at their place of work, join and support nursing organizations, and interact with other nurses and healthcare professionals around the world.

Workforce issues: An important barrier to accurately identifying workplace and workforce concerns is that there is no standardized way of comparing issues and data across very diverse conditions in dissimilar countries. Working environments for nurses, unfortunately, are often professionally lacking [18]. Environments conducive to recruitment and retention of nursing should include a supportive work environment, respect and collegiality from other healthcare professionals, and a management organization that is respectful of nursing knowledge and expertise [19].

Care and outcome quality: Every day, nurses around the world do many things to improve patient care and outcomes. As a profession, though, we are often deficient in documenting and, especially, publishing nursing findings and outcomes. As the World Health Organization (2016) [12] notes, data is critically needed on various aspects of nursing, including numbers, competencies, practice locations, and patient outcomes. Developing an infrastructure to sustainably document information on current nursing

roles and practices will empower nurses to have confidence as change agents and speak with an effective voice to influence patient care and outcomes in the future.

Table 1 - Key Concepts on the Future of Nursing

Selected Global Organizations	Key Concepts on the Future of Nursing
WHO SDG #3 [6]	<ul style="list-style-type: none"> • Needed focus on people-centeredness; nurses have particularly important role
WHO Global Strategy on Human Resources for Health [6]	<ul style="list-style-type: none"> • Increased political and technical leadership to support long-term human resource development efforts. • Collection of reliable data on nursing from local to international levels – numbers, competencies, practice locations, outcomes. Documentation on role and work of nursing is critical • Maximizing the role of mid-level and community health workers to provide accessible and acceptable primary care. • Better geographic distribution and retention of health workers. • Nurses play a key role at the policy table. • Provide mechanisms for the voice of health workers in developing and implementing policies and strategies towards universal health coverage.
WHO Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery [12]	<ul style="list-style-type: none"> • Ethical action • Relevance and Quality • Ownership, Leadership, Governance • Collaborative Partnerships • Evidence-Based Nursing • Workforce Education and Development
International Council of Nursing Global Nursing Review Initiative [20]	<ul style="list-style-type: none"> • Importance of strong positive relations internationally • Recruitment and retention of nurses, including in-country maldistribution and out-migration • Comprehensive standards on policy, regulations, research, management, and practice • Address health sector funding policies • Positive practice environments and organizational performance • Professional practice and regulation • Nursing leadership.
Sigma Global Advisory Panel on the	<ul style="list-style-type: none"> • Leadership – collaborative nursing leaders

Future of Nursing [GAPFON] [10]	<ul style="list-style-type: none"> • Policy – participate and influence health policy • Workforce – work to full capacity, ensure adequate numbers and skill levels, collaborative teamwork • Practice – focus on health promotion • Education: reform educational curricula, increase lifelong learning • Research – document contribution of nursing, research informed practice
Institute of Medicine [US] [11]	<ul style="list-style-type: none"> • Implications for global nursing (esp. WHO SDG #3) • Nursing Residency programs • Lifelong Learning • Leading Change – curricular changes, mentorships • Infrastructure for Interprofessional care – national tracking, Include nursing as viable resource in all environments

Perspectives of Practicing Nurses and Nursing Students

An informal survey of local nursing students and practicing nurses provided an intriguing look at how nurses may see the future of our own profession. The identified themes were surprisingly similar to expert opinions on what nursing will need to become in the future. These themes included:

- A more global nursing perspective for all nurses;
- Increased proficiency in cultural competence;
- Active participation in interprofessional teams;
- Continued advocacy for underserved populations and health concerns;
- Continued emphasis on lifelong learning and education;
- Facilitation and encouragement of nursing research;
- Facilitation of nursing leadership roles;
- Importance of preventative care and primary prevention;
- Increased nursing presence at policy tables and in politics;
- Nursing knowledge and input requested and valued;
- The need for technological proficiency as well as traditional nursing skills.

Conclusion

Globalization appears to be a truly critical and motivating dynamic in the new millennium. Along with other factors, it is shaping society and, in particular, the healthcare arena.

The reason we have the ability to change or improve our future is that nursing is truly at the core of healthcare. Although interprofessional teams are critical to quality care, nurses are the hands-on people, the ones who provide the necessary day to day care and teaching that is so important to our patients. In the US, we call people doing the on-site, essential work in any situation the 'boots on the ground' people. They are the ones who truly know what is occurring with patients and staff on a daily basis. For healthcare, those 'boots on the ground' people are usually nurses.

To reach our goal of respected, trained professional nurses in adequate numbers, we need to be mindful of the key concepts identified as crucial to our sustainability as a profession:

- Nursing education programs that are responsive and adaptable to provide the skills necessary for future needs;
- Nurses who are in leadership positions, and who encourage, support, and mentor other nurses who are new to leadership roles;
- Nurses who are involved in policy decisions that affect the nursing profession and patient care;
- Nurses who are involved in interprofessional collaborative teams at all academic and clinical levels;
- Workplace settings that are positive environments and are supportive of recruitment and retention of nurses;
- Infrastructure for documentation and analysis of nursing numbers, competencies, practice locations, and patient outcomes.

So what will the nurses of the future look like? Whatever we want, and whatever we are willing to work for! Whether at the bedside, in the community, in government, or in space, nursing's focus on health, wellness and quality patient care remains the fundamental and primary principle on which we base our practice. However, we need to remember that, to provide excellent care, we must also care for ourselves and empower our professional lives.

References

1. World Health Organization. Global health workforce shortage to reach 12.9 million in coming decades, 2018. Web site. Retrieved 06.01.2018. Available: <http://www.who.int/>.
2. Grando VT. Making do with fewer nurses in the United States, 1945–1965. *Journal of Nursing Scholarship*. 1998; 30 (2): 147-149.

3. International Council of Nurses. The global shortage of registered nurses: Priority Areas for Intervention, 2006. Web site. Retrieved 06.01.2018. Available: <http://www.icn.ch/>.
4. International Council of Nurses. Nurses and the Ageing Workforce, 2015. Web site. Retrieved 06.01.2018. Available: <http://www.icn.ch/>.
5. Nichols BL, Davis CR, Richardson DR. An integrative review of global nursing workforce issues Annual Review of Nursing Research. 2010; 28: 113.
6. World Health Organization. Consultation on the Global Strategy on Human Resources for Health, 2015. Web site. Retrieved 06.01.2018. Available: <http://www.icn.ch/>.
7. Wilson L., Mendes IAC., Klopper H, Catrambone C, et al. 'Global health' and 'global nursing': Proposed definitions from The Global Advisory Panel on the Future of Nursing. Journal of advanced nursing. 2016; 72 (7): 1529-1540.
8. Holmgren J. Global nursing: educating future nurses for tomorrow's nursing care needs. Nordic Journal of Nursing Research 2017; 37(3): 172-174.
9. International Council of Nurses. Socio-economic Welfare of Nurses, 2004. Web site. Retrieved 06.01.2018. Available: <http://www.icn.ch/>.
10. Klopper HC, Hill M. Global advisory panel on the future of nursing (GAPFON) and global health Journal of nursing scholarship. 2015; 47(1): 3-4.
11. Shaffer FA, Davis CR, To Dutka J. et al. The future of nursing: Domestic agenda, global implications. Journal of Transcultural Nursing. 2014; 25(4): 388-394.
12. World Health Organization. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020, 2016. Web site. Retrieved 06.01.2018. Available: <http://www.who.int/>.
13. Nardi DA, Gyurko CC. The global nursing faculty shortage: Status and solutions for change. Journal of Nursing Scholarship. 2013; 45(3): 317-326.
14. Visovsky C, McGhee S, Jordan E, Dominic S. et al. Planning and executing a global health experience for undergraduate nursing students: a comprehensive guide to creating global citizens. Nurse education today. 2016; 40: 29-32.
15. Sverdlik B. Who will be our nursing leaders in the future? The role of succession planning. Journal of Nursing Administration. 2012; 42(7/8): 383-385.
16. Wallis L. The Global Advisory Panel on the Future of Nursing. AJN The American Journal of Nursing. 2016; 116 (4): 18-19.
17. Goldsberry JW. Advanced practice nurses leading the way: Interprofessional collaboration. Nurse Education Today. 2018; 65: 1-3.
18. Douglas M. Opportunities and challenges facing the future global nursing and midwifery workforce. Journal of nursing management. 2011; 19 (6): 695-699.
19. Kraft M, Kastel A, Eriksson H, Hedman AMR. Global Nursing - a literature review in the field of education and practice. Nursing open. 2017; 4(3): 122-133.
20. International Council of Nurses. The Global Nursing Review Initiative, 2010. Web site. Retrieved 06.01.2018. Available: <http://www.icn.ch/>.

NURSING CARE DEVELOPING PERSPECTIVE

Zainutdinova I.Y.

*Regional hospital of the North-Kazakhstan region, The main nurse, Petropavlovsk,
Kazakhstan*

Abstract

Over the decades the nursing care have not been occupying rightful place in public health. Today a structure has been created in Kazakhstan to manage nursing activities, covering all its areas: from training of personnel to practical activities, which in turn leads to an increase of the population's satisfaction with the quality of medical care.

Key words: nursing care, development concept, Kazakhstan

Мейіргерлік қызметтің даму болашағы

Тұжырымдама

Соңғы онжылдықтарда мейіргерлік қызмет өзінің денсаулық сақтау саласындағы лайықты орнын алмай келді. Қазірде Қазақстанда мейіргерлік қызмет бойынша кадрларды дайындаудан бастап тәжірибелік жұмысты жүзеге асырғанға дейінгі барлық бағыттарды қамтитын құрылым қалыптасып келеді. Бұл өз кезегінде тұрғындардың көрсетілген медициналық көмектің сапасына қанағаттануы деңгейінің жоғарылауына септігін тигізетіні анық.

Кілтті сөздер: мейіргерлік қызмет, даму концепциясы, Қазақстан

Перспектива развития сестринского дела

Резюме

На протяжении многих десятилетий сестринское дело не занимало своего достойного места в здравоохранении. На сегодняшний день в Казахстане создается структура по управлению сестринской деятельностью, охватывающая все ее направления: от подготовки кадров, до осуществления практической деятельности, что в

свою очередь, ведет к повышению удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: сестринское дело, концепция развития, Казахстан

УДК 61:001.12/18

Recieved: 12.05.2018

Accepted: 28.05.2018

Corresponding author: Zainutdinova I.Y., Regional hospital of the North-Kazakhstan region, The main nurse.

Address: Brusilovskogo str., 20. North-Kazakhstan region, Petropavlovsk, Kazakhstan

Phone: + 7 (7152) 46 47 16

E-mail: ob_sko@inbox.ru

Введение

На современном этапе развития общества профессия медицинской сестры, является не просто одной из самых массовых, но и одной из наиболее значимых.

Сестринское дело основывается на научном подходе и доказательной практике, требует владения специфическими навыками, умением их практического применения. Оно базируется на знаниях и методах различных дисциплин и наук. На протяжении многих десятилетий сестринское дело не занимало своего достойного места в здравоохранении. С профессиональной точки зрения не придавалось особого значения уровню подготовки медицинской сестры, а учитывался лишь ее навык, не требующий особых знаний.

Вся забота о больных основывалась на рекомендациях врачей. При этом сестринское образование не давало возможности для карьеры, реализации творческого потенциала. Те, кто хотели получить высшее образование, вынуждены были уходить из профессии. Как следствие, потенциал медсестры использовался не по назначению. Сформировавшаяся в стране система взаимодействия врача и медсестры не соответствовала потребностям современного высокотехнологичного здравоохранения, требующего углубленной профессиональной подготовки.

Изменение статуса и роли медицинской сестры, происходит на глазах. Спрос на сестринский персонал постоянно растет, так как его практика гибко реагирует на демографические, экономические и социальные изменения в стране.

В последнее время в Республике Казахстан вводятся в строй новые медицинские объекты, оснащенные медицинским оборудованием по последнему слову техники.

Очевидно, что для работы в таких клиниках потребуется грамотный кадровый потенциал. Организационные формы деятельности сестринского персонала меняются в соответствии с задачами современного здравоохранения.

Для лечения больных все в чаще применяются новые технологии, используется сложное компьютерное оборудование, которое требует не только знания в его эксплуатации, но и умения в обработке, дезинфекции, стерилизации.

Сегодня деятельность медицинской сестры превратилась в ключевой момент медицинского обслуживания населения. Статус среднего медицинского персонала поднят до равноправного партнерства врача, принимающего независимое от него решение, планирующего и осуществляющего свою работу согласно функциональным обязанностям, отражая ее в сестринской документации. При этом медицинская сестра не заменяет, но дополняет врачебную работу. Разнообразные функции медицинской сестры предусматривают большое количество профессиональных подходов, поэтому сестринский персонал трудится практически во всех направлениях здравоохранения.

Сфера деятельности медицинской сестры включает оказание широкого спектра услуг. Необходимо постоянно осваивать сложные медицинские технические знания, овладевать новыми навыками, совершенствовать приобретенные. Одновременно необходимо уделять внимание работе по профилактике заболеваний, воспитания у населения ответственного отношения к своему здоровью с использованием современных форм пропаганды.

Проведенные исследования подтверждают готовность среднего персонала к расширенной самостоятельной деятельности при организации ухода за больным. Учитывая, что пациент имеет право свободного выбора медицинского учреждения, очевидно, что он выбирает клинику, где лучшее медицинское оснащение и обслуживание. Это создает не только здоровую конкуренцию между медицинскими организациями, но и мотивирует медицинский персонал к профессиональному росту.

Ситуация на Казахстанском рынке вакансий диктует необходимость приведения образования к профессиональным стандартам обучения в соответствии с международными требованиями, в том числе и по сестринскому

делу. Стало очевидным, что на смену существующей модели сестринского дела, должна прийти новая, которая станет профессиональным стандартом и определит значимость, роль и место медсестры в здравоохранении, границы ее компетенции как специалиста новой формации.

Таким образом, назрела необходимость изменения профессионального статуса медицинской сестры.

Кадровая политика в сестринском деле

Несмотря на то, что ежегодно медицинские колледжи выпускают достаточное количество специалистов, имеются определенные трудности в их трудоустройстве. Кадровая политика строится таким образом, что при приеме на работу приоритет отдается специалистам с более серьезной профессиональной подготовкой, такой как обучение в бакалавриате, магистратуре, и докторантуре. В свою очередь, это требует изменения отношения к образованию медицинской сестры. Как следствие, возникает необходимость еще и в дистанционном обучении работающих специалистов.

О важности этого говорилось на Республиканской научно-практической конференции «Роль сестринской службы в первичной медико-санитарной помощи», проходившей в 16 мая текущего года в г. Астана. В ходе обсуждения данного вопроса, акцент был сделан, на то, что качество медицинских услуг зависит от сестринской деятельности и осуществляемых ею сестринских технологий. На конференции рассматривались вопросы делегирования части полномочий от врача к средним медицинским работникам с доведением соотношения врачей и среднего медицинского персонала до оптимального уровня.

Особое внимание уделялось обсуждению проекта Концепции развития сестринского дела. С целью привести систему сестринского дела к международному уровню, разработан проект Концепции развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2019 г [1].

Данный документ предусматривает реформу сестринского дела с целью повышения престижа профессии медсестры, сделав ее более известной, одобряемой, привлекательной. Это будет достигаться путем особой подготовки среднего персонала, готовности системы здравоохранения к принятию специалистов нового поколения. В свою очередь, это потребует реформу

обучения, ведение новых образовательных стандартов, развитие медицинских колледжей, университетов и особой подготовки преподавателей.

Впервые в таком важном стратегическом документе обсуждаются основные моменты перспективы развития деятельности сестринского персонала. Основная цель Концепции - привести систему сестринского дела в Казахстане к международному уровню в соответствии с потребностями современного здравоохранения для повышения безопасности, качества и эффективности здравоохранения Республики Казахстан.

Внедрение Концепции сестринского дела в Республике Казахстан позволит утвердить независимую роль специалиста сестринского дела в качестве равноправного партнера врача и в качестве основной силы в первичной медико-санитарной помощи. В связи с этим становится ясно, что возникает необходимость в обучении и преподавателей, что позволит будущим студентам медицинских учреждений получать качественное и современное образование.

Так как именно медицинская сестра, является активным участником лечебного процесса, то возрастают требования к профессиональной подготовке специалистов.

Выводы

Таким образом, в Республике создается структура по управлению сестринской деятельностью, охватывающая все ее направления: от подготовки кадров, до осуществления практической деятельности, что в свою очередь, ведет к повышению удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи.

Литература

1. Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2019 года: утв. Министром здравоохранения Республики Казахстан 6 декабря 2016 года.

Kompleksnyj plan razvitija sestrinskogo dela v Respublike Kazahstan do 2019 goda (Comprehensive plan for the development of nursing in the Republic of Kazakhstan until 2019) [in Russian]: utv. Ministrom zdavoohranenija Respubliki Kazahstan 6 dekabryia 2016 goda.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF MONITORING OF THE ACTIVITY OF NEXT SPECIALISTS

Abdrakhmanova A.O.¹, Baigozhina Z.A.², Kabdullina G.B.¹, Umbetzhanova A.T.³,
Bekbergenova Zh.B.³, Umralina A.S.³

¹Republican center for Health Development, Department of Medical Education Development, Chief Expert, Astana, Kazakhstan

²Republican center for Health Development, Head of the Department of Medical Education Development, Astana, Kazakhstan

³Republican center for Health Development, Department of Medical Education Development, Leading Expert, Astana, Kazakhstan

Abstract

With the purpose of implementing the Comprehensive Development Plan of Nursing in the Republic of Kazakhstan until 2019, a methodical recommendation «Methodology and indicators for assessing the activity of specialists in nursing in medical organizations» was developed.

In order to test the indicators in the pilot mode, an assessment was made of the activities of nurses of primary health care organizations and institutions of a stationary type.

The article presents the results of monitoring the activities of the nurse in pilot organizations in accordance with the indicators methodical recommendation, on the basis of which conclusions on further optimization of the activities of nurses and indicators of their performance.

Key words: nursing, indicators of activity evaluation, activity monitoring.

Мейіргер ісі мамандарының іс-әрекетін бақылаудың нәтижелерін талдау

Тұжырымдама

2019 жылға дейінгі Қазақстан Республикасында мейіргер ісін дамытудың Кешенді жоспарын жүзеге асыру мақсатында «Медициналық ұйымдардағы мейіргерлердің қызметіне бағалау әдістемесі мен индикаторлары» әдістемелік ұсынысы әзірленді.

Индикаторларды тестілеу мақсатында алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету ұйымдар мен стационарлық мекемелердің мейіргерлерінің қызметі пилоттық режимде бағаланды.

Мақалада пилоттық ұйымдардағы мейіргерлердің қызметіне жүргізілген мониторинг нәтижелері келтіріліп, алынған нәтижелер негізінде мейіргерлер қызметіне және бағалау индикаторына оңтайландыру жасалды.

Кілтті сөздер: мейіргер, қызметті бағалау индикаторлары, қызмет мониторингі.

Анализ результатов мониторинга деятельности специалистов сестринского дела

Резюме

С целью реализации Комплексного плана развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2019 года, была разработана методическая рекомендация «Методика и индикаторы оценки деятельности специалистов сестринского дела в медицинских организациях».

Для апробации индикаторов в пилотном режиме проведена оценка деятельности медицинских сестер организаций первичной медико-санитарной помощи и учреждений стационарного типа.

В статье представлены результаты мониторинга деятельности медицинских сестре в пилотных организациях в соответствии с показателями методической рекомендацией, на основании которого сделаны выводы по дальнейшей оптимизации деятельности медицинских сестер и индикаторов оценки их деятельности.

Ключевые слова: сестринское дело, индикаторы оценки деятельности, мониторинг деятельности.

УДК 614; 614.2; 614:33

Recieved: 15.06.2018

Accepted: 18.06.2018

Corresponding author: Abdrakhmanova Aigul, Republican center for Health Development, Department of Medical Education Development

Postal code: 010000

Address: Imanova street 13, Astana, Kazakhstan

Phone: +7 776 5478103

E-mail: rdrc@mail.ru

Введение

Важнейшей составной частью системы здравоохранения является сестринская служба, располагающая значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и качественной медицинской помощи.

На протяжении длительного времени в Республике Казахстан не уделялось должного внимания сестринскому делу, что привело к значительному отставанию этой отрасли системы здравоохранения от уровня многих зарубежных стран. И, как следствие, явилось причиной низкого качества сестринской помощи, массового выбывания из профессии подготовленных сестер и повсеместного дефицита кадров среднего медицинского персонала [1].

Во многих европейских странах медицинские сестры составляют основу первичного звена здравоохранения. Медицинским сестрам отводится большая роль в оказании высококвалифицированной помощи пациентам с хроническими и сложными состояниями (сахарный диабет, бронхиальная астма, сердечная недостаточность, психические заболевания); им предоставлено ограниченное право назначения лекарственных средств. В медицинских организациях пациента вначале осматривает медсестра, которая затем может направить пациента к врачу общей практики или в больницу [2,3].

Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения рассматривает сестринский персонал как реальный потенциал для удовлетворения растущих потребностей населения к доступной медицинской помощи, борьбы с хроническими заболеваниями и т.д. [4].

Современная модель медицинской сестры – помощника пациента предусматривает расширение полномочий, как в профессиональной, так и социальной сферах деятельности, что требует реорганизации всей сестринской службы, направленной на повышение их правового и профессионального статуса.

С целью реализации Комплексного плана развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2019 года [5], была разработана методическая рекомендация «Методика и индикаторы оценки деятельности специалистов сестринского дела в медицинских организациях».

В пилотном режиме проведена апробация индикаторов оценки деятельности медицинских сестер организаций первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и стационаров.

В соответствии с индикаторами проведен опрос и дана оценка деятельности средних медицинских работников (СМР) первичного звена медицинской помощи и стационаров пилотных организаций здравоохранения.

Анализ результатов мониторинга деятельности медицинских сестер ПМСП

В мониторинге приняли участие 1527 медицинских сестер семи пилотных организаций ПМСП, из них 7 главных и 67 старших медсестер. Удельный вес медицинских сестер (МС) с высшим образованием представлен только тремя пилотными организациями: городская поликлиника №4 г. Уральска (3 МС – 1,48%), городская поликлиника №3 г. Кызылорды (4 МС - 1,79%) и поликлиника № 3 г. Павлодара (1 МС - 0,6%) (табл.1).

Таблица 1 – Структура участников мониторинга

	Гор. пол-ка №1 г.Ақтау	ГКП на ПХВ «Гор. пол-ка №4» г.Уральск	ГКП на ПХВ Гор.пол-ка № 1, г. Тараз	ГКП на ПХВ «Гор.пол-ка №3» г. Кызылорда	КГП на ПХВ «Пол-ка № 3 г. Павлодара»	КГП «Пол-ка №2 г. Костанай»	КГП на ПХВ «Гор.пол-ка №3» г. Петропавловск
далее по тексту № организации - поликлиники	1/пл	2/пл	3/пл	4/пл	5/пл	6/пл	7/пл
Общее количество МС	412	202	160	224	167	167	195
из них:							
главных МС	1	1	1	1	1	1	1
старших МС	20	5	10	10	7	8	7
МС врача общей практики	17	75	42	69	54	25	32 МС 16 фельдшеров
МС участкового терапевта	65	-	-	12	8	20	12 МС 8

							фельдшеров
МС участкового педиатра	58	-	-	10	2	13	9 МС 9 фельдшеров
Уд. вес МС уровня бакалавриата и выше от общего числа СМР	0	1,48	0	1,79	0,6	0	0
Показатель текучести кадров СМР	1,0	40,0	-	1,4	8,8	8,9	8,0

Как видно из таблицы городская поликлиника №3 г. Петропавловска усилила участковую службу фельдшерами, которые составили 16,92% от общего числа СМР организации.

Стабильность по показателю кадровой непостоянности отмечена в поликлинике № 1, г. Тараза. Самый низкий показатель текучести кадров в поликлинике №1 г. Актау (1,0%) и поликлинике №3 г. Кызылорды (1,4%).

Из семи организаций ПМСП очень высокий показатель кадровой непостоянности в городской поликлинике №4 г. Уральска, где он равен 40% при средней нагрузке на одну медицинскую сестру 2000 прикрепленного населения.

Оценка сестринской службы проводилась по пяти основным показателям деятельности, представленным в таблице 2.

Таблица 2 - Показатели деятельности медицинских сестер пилотных организаций за 6 месяцев 2017 года

	1/пл	2/пл	3/пл	4/пл	5/пл	6/пл	7/пл
Количество прикрепленного населения на 1 участковую МС	2500	2000	1800	650	921	961	765
Среднее число сестринских консультаций в расчете на 1 МС	2000	503	938	154	174	45,3	8,2
Удельный вес сестринских консультаций, проведенных МС уровня бакалавриата и выше	0	-	0	-	18,6	0	0

Среднее число визитов на дому МС к одному пациенту	3	4	804	360	132	7	2,05
Удельный вес визитов на дому, проведенных МС уровня бакалавриата и выше	0	-	0	-	0	0	0

Средняя нагрузка участковых медицинских сестер/медицинских сестер врача общей практики резко колеблется от самой высокой – 2500-2000 в городской поликлинике №1 г. Актау и городской поликлинике №4 г. Уральска соответственно, до самой низкой – 650-765 в городской поликлинике №3 г. Кызылорды и городской поликлинике №3 г. Петропавловска соответственно. То есть, нагрузка МС поликлиник гг. Кызылорды и Петропавловска в 3,8 и 3,3 раза меньше по сравнению с нагрузкой МС поликлиники №1 г. Актау и в 3,1 и 2,6 раза меньше, чем нагрузка МС поликлиники №4 г. Уральска соответственно. Такая разница в средней нагрузке, по всей видимости, обусловлена тем, что участковые медицинские сестры работают на 1,25 – 1,5 ставки.

Два показателя деятельности медицинских сестер пилотных организаций ПМСП носят весьма противоречивый характер. Показатель среднего числа сестринских консультаций в расчете на одну МС колеблется от 8,2 (городская поликлиника №3 г. Петропавловска) до 2000 (городская поликлиника №1 г. Актау). Такой же размах в показателях среднего числа визитов на дому МС к одному пациенту: самый высокий показатель (804) в городской поликлинике № 1 г. Тараз, самый низкий (2,05) в городской поликлинике №3 г. Петропавловска.

Из трех пилотных организаций, в штате которых работают медицинские сестры уровня бакалавриата и выше, только в поликлинике № 3 г. Павлодара отмечено участие их в оказании помощи пациентам в виде сестринских консультаций (18,60%).

При оценке деятельности медицинских сестер организаций ПМСП учитывались индикаторы ГПРЗ.

Показатели двух индикаторов – «Удельный вес пациентов с заболеваниями, чувствительными к амбулаторному уходу (ХОБЛ, бронхиальная астма, сахарный диабет, гипертоническая болезнь и т.д.), которым медсестра провела обучение по управлению заболеванием» и «Удельный вес пациентов, из числа имеющих вредные привычки (курение, алкоголь, наркомания), получивших рекомендации»,

свидетельствуют, что профилактическая работа и работа медицинских сестер с пациентами не во всех организациях активна (рис. 1).

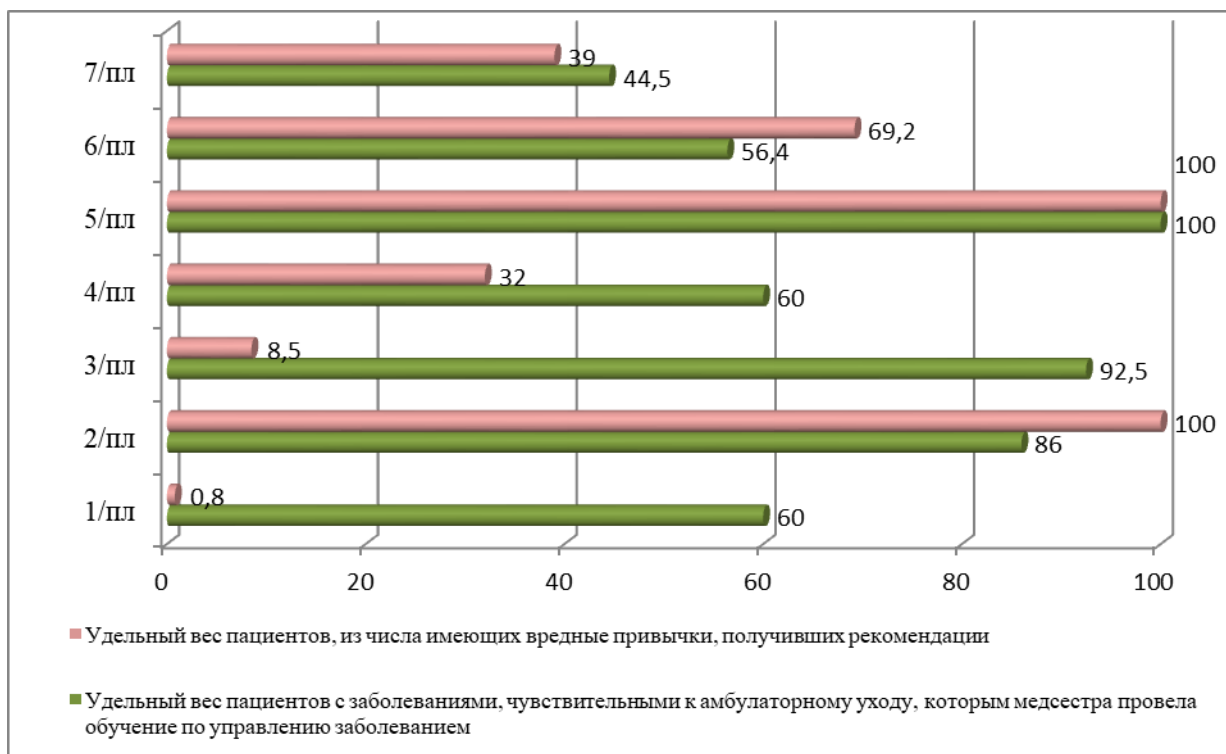


Рисунок 1 - Показатели деятельности медицинских сестер пилотных организаций ПМСП по двум индикаторам

По показателям удельного веса пациентов, которым были даны рекомендации, можно сказать, что профилактическая работа лучше проводится в поликлиниках №3 г. Павлодара и №4 г. Уральска. В поликлинике №1 г. Тараза внимание уделяется профилактике заболеваний, чувствительных к амбулаторному уходу, а в поликлинике №1 г. Актау – вредным привычкам.

Такие показатели, как «Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализации 1-2 стадии», «Своевременно диагностированный туберкулез легких» (рис.2), на сегодняшний день не отражают деятельность сестринского персонала. Актуальность этих индикаторов будет после делегирования данных функций медсестрам, но рассчитываться эти показатели должны на 100 тыс. населения, обслуживаемого учреждением ПМСП.

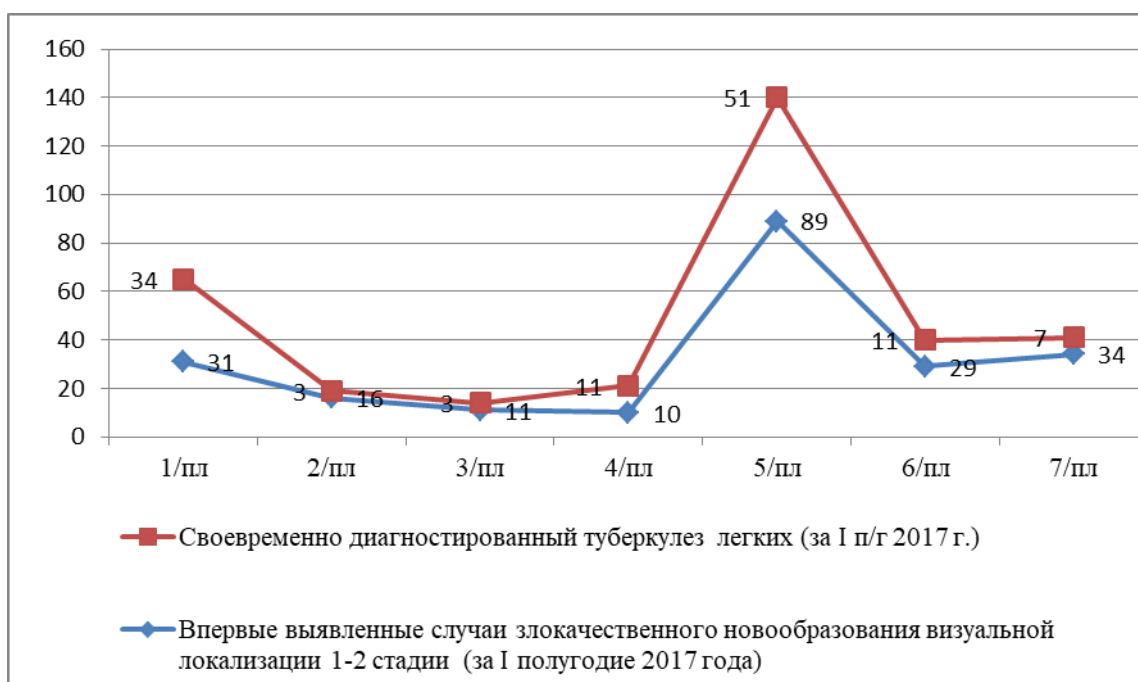


Рисунок 2 - Количество впервые выявленных злокачественных новообразований и туберкулеза легких

Глядя на рисунок 2, создается впечатление, что работа по раннему выявлению социально значимых заболеваний лучше поставлена в поликлинике №3 г. Павлодара и хуже всего в поликлиниках № 1 г. Тараза, №4 г. Уральска и №3 г. Кызылорды. Между тем абсолютные показатели не учитывают заболеваемость по данной нозологии в регионе, количество прикрепленного населения и др.

Показатели «Уровень госпитализации больных из числа прикрепленного населения с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)» и «Частота повторных госпитализаций по той же причине по нозологиям, чувствительным к амбулаторному уходу, в течение 30 дней после выписки из стационара» также будут актуальны после делегирования ответственности за эти индикаторы медицинским сестрам (табл. 3).

Таблица 3 - Показатели деятельности медсестринского персонала ПМСП по индикаторам ГПРЗ

	1/пл	2/пл	3/пл	4/пл	5/пл	6/пл	7/пл
Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП (за 1 полугодие 2017 г.)	0	0	0	0	0	0	0
Детская смертность в возрасте от 7	9	0	2	0	0	0	0

дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП (за 1 п/г 2017 г.)							
Частота повторных госпитализаций по той же причине по нозологиям, чувствительным к амбулаторному уходу, в течение 30 дней после выписки из стационара (за 1 п/г 2017г.)	0	3	2	-	0	1	0
Уровень госпитализации больных из числа прикрепленного населения с осложнениями заболеваний ССС (инфаркт миокарда, инсульт) (за 1 полугодие 2017 г.)	0,46	43,5	42,0	0,7	48,0	1,7	39,3

Показатель материнской смертности во всех пилотных организациях ПМСП равен «0». Очень высокая предотвратимая на уровне ПМСП детская смертность в поликлинике №1 г. Актау, которая составила 9 случаев за 6 месяцев 2017 года. В поликлинике №1 г. Тараз этот показатель составил 2 случая за аналогичный период. В остальных пяти пилотных поликлиниках предотвратимая детская смертность не зафиксирована.

Актуальным показателем, достоверно характеризующим деятельность МС и их коммуникативные навыки, является показатель «Обоснованные жалобы». Этот показатель в количестве 1 отмечен в поликлинике №1 г. Актау.

Анализ результатов мониторинга деятельности медицинских сестер стационаров

В мониторинге приняли участие более 2149 медицинских сестер 8 пилотных медицинских организаций стационарного типа (Жамбылской областной больницей не указала численность медицинских сестер, участвовавших в опросе).

Список пилотных организаций и структура участников мониторинга представлен в таблице 4.

Таблица 4 – Структура участников мониторинга

	3 городская больница г. Петропавловска	Атырауская областная инфекционная больница	Атырауская областная больница	Жамбылская областная больница	Костанайская областная больница	Кызылординский областной медицинский центр	Мангыстауская областная больница	Павлодарская областная больница им. Г. Султанова
далее по тексту № организации-стационара	1/ст	2/ст	3/ст	4/ст	5/ст	6/ст	7/ст	8/ст
Общее количество МС	293	69	316	-	330	541	389	211
из них:								
главных МС	1	1	1	-	1	1	1	1
старших МС	22	5	25	-	25	35	27	21
Удельный вес МС уровня бакалавриата и выше из общего числа сестринского персонала	0	0	0	0	0	0,55	0	0,9
Среднее количество пациентов на 1 медсестру в одну смену	12	8-15	25	20	23	20	15	12
Показатель текучести кадров СМР	13,3	0	-	1,0	0,08	3,14	4,1	1,4

Медицинские сестры уровня бакалавриата и выше есть в штате только двух организаций: Кызылординский областной медицинский центр и Павлодарская областная больница им. Г. Султанова, в штате которых соответственно 3 (0,55%) и 2 (0,9%) МС с высшим сестринским образованием.

Анализ индикатора «Среднее количество пациентов на 1 медсестру в одну смену» сложно оценить, так как нет единого (среднего) норматива. Среднее количество пациентов на 1 МС зависит от отделения, в котором она работает, и

определяется местом ее работы (постовая, процедурная, перевязочная, операционная и т.д.).

Наибольшая нагрузка падает на МС Атырауской областной больницы - 25 пациентов на 1 МС в смену. Самая низкая нагрузка у МС 3 городской больницы г. Петропавловска и Павлодарской областной больницы (по 12). В Атырауской областной инфекционной больницы, где этот показатель варьирует в пределах от 8 до 15 пациентов (в среднем – 11,5).

При этом показатель текучести кадров никак не связан с нагрузкой на медицинских сестер (рис. 3). Самый высокий показатель кадровой непостоянности (13,3%) в 3 городской больнице г. Петропавловска.

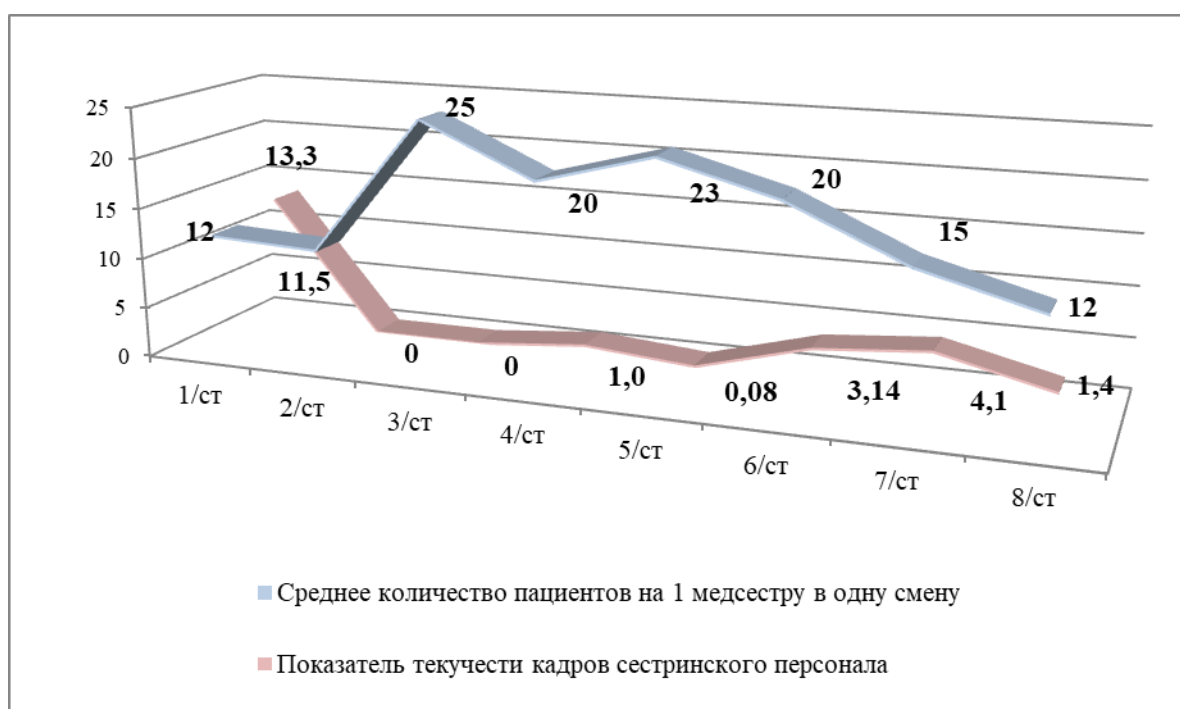


Рисунок 3 - Показатели кадровой непостоянности и средней нагрузки медицинских сестер пилотных организаций стационарного типа

Оценка уровня разъяснительной и профилактической работы сестринского персонала проведена по трем показателям:

- 1) удельный вес пациентов из числа пациентов с вредными привычками (курение, алкоголь, наркомания), получивших рекомендации;
- 2) удельный вес пациентов, которым медсестра провела оценку риска развития пролежневых язв;
- 3) удельный вес послеоперационных больных, которым медсестра провела стандартизованную оценку боли.

Лидерами по показателям профилактической работы являются медицинские сестры Кызылординского областного медицинского центра. Не проводится разъяснительная работа, либо ее учет не ведется, в Атырауской областной и областной инфекционной больницах. Слабо профилактическая и разъяснительная работа поставлена в Мангыстауская и Павлодарская областных больницах и 3 городской больнице г. Петропавловска. В Жамбылской областной больнице 100%-но со всеми пациентами проводится профилактические беседы; оценку боли в основном проводят с пациентами нейроинсультного отделения и она составляет 24,0% (рис. 4).

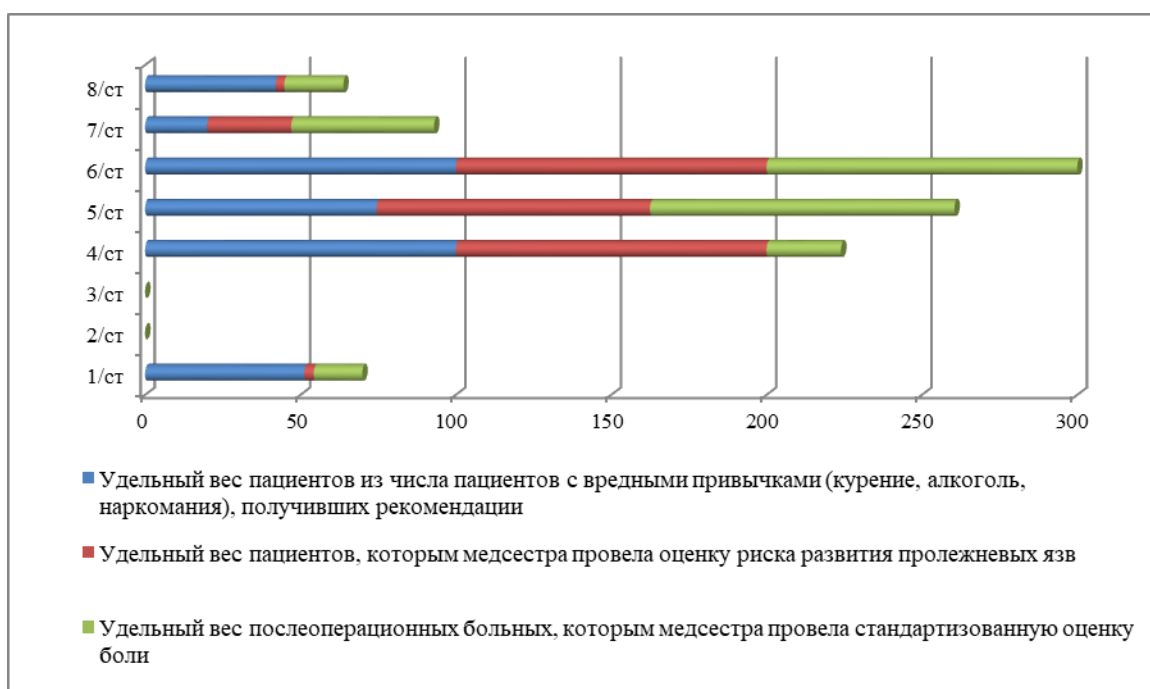


Рисунок 4 - Оценка деятельности сестринского персонала пилотных организаций стационарного типа по трем показателям

Вместе с тем, оценка частоты возможных осложнений, равная «0» по всем показателям (пролежневые язвы, инфекции мочевыводящих путей после установки мочевого катетера и центрального венозного катетера, после в/в и в/м инъекций), свидетельствует о высоком уровне профилактической работы медсестринского персонала.

Исключением является 3 городская больница города Петропавловска, где за период с января по июль 2017 года диагностировано 3 случая пролежневых язв. По остальным показателям этой организации осложнений не зафиксировано.

Оценка частоты самостоятельно выполненных манипуляций, таких как удаление послеоперационных швов и проведение перевязок, свидетельствует о том, что не во всех пилотных организациях эти процедуры делегированы медицинским сестрам (табл. 5).

Таблица 5 – Частота самостоятельного выполнения перевязок и снятия послеоперационных швов медицинскими сестрами пилотных организаций стационарного типа за 6 месяцев 2017 г.

	1/ст	2/ст	3/ст	4/ст	5/ст	6/ст	7/ст	8/ст
Частота самостоятельного проведения перевязок медсестрами	35	0%		Данные процедуры проводятся медсестрами только в присутствии и лечащего или дежурного врача.	40,30%	В среднем 820 случаев в месяц	0 т.к., необходимо наличие врача	0
Частота самостоятельного удаления послеоперационных швов	0	0%	Нет учета		7,20%	0		0

Самостоятельное выполнение перевязок медсестрами отмечено в 3-х организациях: 3 городская больница г. Петропавловска (35 случаев), Кызылординский областной медицинский центр (в среднем 820 случаев в месяц), Костанайская областная больница (40,3%). Сопоставить полученные данные не представляется возможным, так как они представлены в разных единицах измерения. Удаление послеоперационных швов медицинскими сестрами проводится только в Костанайская областная больница (7,2%).

Во всех пилотных организациях обоснованных жалоб пациентов на работу медицинских сестер нет.

Медицинскими сестрами Атырауской и Костанайской областной больниц даны предложения по оценке деятельности сестринской службы по следующим индикаторам:

1. Оценка качества выполнения врачебных назначений,
2. Оценка соблюдения сестринским персоналом санэпидрежима,
3. Оценка оформления документации,

4. Непрерывная система повышения квалификации средним медицинским персоналом,
5. Соблюдение правил этики и деонтологии,
6. Частота самостоятельно принятых родов,
7. Самостоятельное проведение дуоденального зондирования,
8. Самостоятельное проведение передней тампонады носа,
9. Самостоятельное проведение инстилляции мочевого пузыря,
10. Самостоятельная подача увлажненного кислорода через аппарат БОБРОВА.

Заключение

Проведенный мониторинг оценки деятельности сестринской службы в пилотных организациях ПМСП и стационарного типа, показал, что по ряду индикаторов отмечен значительный размах показателей, что возможно, обусловлено отсутствием единой формы расчета либо ошибками при подсчете.

Ряд индикаторов требуют детализации функций медицинской сестры и врача: «Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализации 1-2 стадии», «Своевременно диагностированный туберкулез легких», «Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП» и «Детская смертность в возрасте от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП». Эти индикаторы будут достовернее, если будут представлены в расчете на 100 тыс. обслуживаемого населения.

Таким образом, для внедрения рейтинговой оценки МС и службы медицинских сестер необходимо привести все индикаторы оценки деятельности к единому знаменателю - бальной оценке, что облегчит подсчет результатов мониторинга и даст возможность объективизировать рейтинговые данные.

При этом необходимо учитывать региональное расположение медицинских организаций, экологические факторы, способствующие росту тех или иных нозологий, четко определить участие врача и медицинской сестры в ряде индикаторов. Для сбора информации разработать единую форму (возможно в форме Excel) с вводом формул и методов подсчета индикатора.

Литература

1. Абдрахманова А., Калиева М., Байгожина З., Хандиллаева Б., Кабдрахманова Н. Проблемы медицинских сестер // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014, часть 1. - №11. – С. 96-99.

Abdrahmanova A., Kalieva M., Bajgozhina Z., Handillaeva B., Kabdrahmanova N. Problemy medicinskih sester (Nursing problems) [in Russian]. Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij. 2014; 1(11): 96-99.

2. Возникновение и развитие сестринского дела за рубежом. Учебник под ред. А.Ф. Краснова, Сестринское дело. - М.: ГП Перспектива, 2000. - том 1. - 368 с.

Vozniknovenie i razvitie sestrinskogo dela za rubezhom (The emergence and development of nursing business abroad) [in Russian]. Uchebnik pod red. A.F. Krasnova, Sestrinskoe delo. M.: GP Perspektiva, 2000;1: 368 p.

3. Кашафутдинова Г.Т. Концептуальные подходы к совершенствованию сестринского дела в Республике Казахстан. дисс. док... PhD. Алматы, 2014.

Kashafutdinova G.T. Konceptual'nye podhody k sovershenstvovaniyu sestrinskogo dela v Respublike Kazahstan (Концептуальные подходы к совершенствованию сестринского дела в Республике Казахстан) [in Russian]. diss. dok... PhD. Almaty, 2014.

4. Оказание помощи при хронических состояниях. Взгляд с позиций системы здравоохранения. Под ред. Ellen Nolte, Martin VcKee. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2011. – 286 с.

Okazanie pomoshhi pri hronicheskikh sostojanijah. Vzglyad s pozicij sistemy zdravoohranenija (Assist in chronic conditions. A look from the position of the health system) [in Russian]. Pod red. Ellen Nolte, Martin VcKee. Evropejskaja observatorija po sistemam i politike zdravoohranenija, 2011. – 286 s.

5. Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2019 года: утв. Министром здравоохранения Республики Казахстан 6 декабря 2016 года.

Kompleksnyj plan razvitija sestrinskogo dela v Respublike Kazahstan do 2019 goda (Comprehensive plan for the development of nursing in the Republic of Kazakhstan until 2019) [in Russian]: utv. Ministrom zdravoohranenija Respubliki Kazahstan 6 dekabryia 2016 goda.

**ABOUT THE PROGRESS OF IMPLEMENTATION THE ROAD MAP OF THE
PROJECT «MODERNIZATION OF MEDICAL EDUCATION AND SCIENCE» AND
THE COMPREHENSIVE DEVELOPMENT PLAN FOR NURSING
IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

Baigozhina Z.A.¹, Shalkharova Zh.S.², Abdrakhmanova A.O.³, Kabdullina G.B.³,
Umbetzhanova A.T.⁴, Bekbergenova Zh.B.⁴, Umralina A.S.⁴

*¹Republican Center for Health Development, Head of the Department of Medical
Education Development, Astana, Kazakhstan*

*²Association of Medical Colleges of the Republic of Kazakhstan, Chairman of the Board,
Almaty, Kazakhstan*

*³Republican center for Health Development, Department of Medical Education
Development, Chief Expert, Astana, Kazakhstan*

*⁴Republican center for Health Development, Department of Medical Education
Development, Leading Expert, Astana, Kazakhstan*

Abstract

The article discusses current issues of reforming nursing in the Republic of Kazakhstan, taking into account international experience. Implemented activities in the framework of cooperation with the University of Applied Sciences of Finland are covered in detail. The information on the progress of the activities of the Road Map of the Comprehensive Nursing Development Plan in the Republic of Kazakhstan and the Project «Modernization of Medical Education and Science» on the improvement of nursing in the Republic of Kazakhstan is presented.

Key words: nursing, nurse of extended practice, competence

**«Медициналық білім мен ғылымды модернизациялау» жобасының Жол картасы
және Қазақстан Республикасында мейіргер ісі жөніндегі кешенді даму жоспары
туралы**

Тұжырымдама

Мақалада халықаралық тәжірибені ескере отырып, Қазақстан Республикасында мейіргер ісін реформалаудың өзекті мәселелері талқыланады. Финляндияның Қолданбалы ғылымдар университетімен ынтымақтастық аясында жүзеге асырылған іс-шаралар толығырақ қамтылған. Қазақстан Республикасындағы мейіргер ісін дамыту кешенді жоспарының Жол картасы іс-шараларын жүзеге асыру және Қазақстан Республикасында мейіргер ісін жетілдіру бойынша «Медициналық білім мен ғылымды жаңғырту» жобасы туралы ақпарат ұсынылды.

Кілтті сөздер: мейіргер ісі, кеңейтілген тәжірибе мейіргері, құзыреттілік

О ходе реализации дорожной карты Проекта «Модернизация медицинского образования и науки» и Комплексного плана развития сестринского дела в Республике Казахстан

Резюме

В статье рассматриваются актуальные вопросы реформирования сестринского дела в Республике Казахстан с учетом международного опыта. Подробно освещены реализуемые мероприятия в рамках сотрудничества с университетом прикладных наук Финляндии. Представлена информация о ходе реализации мероприятий Дорожной карты Комплексного плана развития сестринского дела в Казахстане и Проекта «Модернизация медицинского образования и науки» по совершенствованию сестринского дела в Казахстане.

Ключевые слова: сестринское дело, медицинская сестра расширенной практики, компетенции.

УДК 614; 614.2; 614:33

Recieved: 15.06.2018

Accepted: 17.06.2018

Corresponding author: Baigozhina Zaure, Republican center for Health Development, Department of Medical Education Development

Postal code: 010000

Address: Imanova street 13, Astana, Kazakhstan

Phon: +7 707 345 6305

E-mail: rdrс@mail.ru

Введение

Системы образования многих стран мира в последнее время претерпевают существенные изменения [1,2]. Не является исключением национальная система медицинского образования Казахстана, которая уже сделала значительные шаги для интеграции в европейское образовательное пространство в части сестринского образования. Тенденции развития сестринского образования и сестринской службы значительно усиливают роль медсестры в современной системе здравоохранения республики.

Необходимость реформ в сестринском деле в Казахстане продиктована рядом глобальных проблем, среди которых – дефицит врачебных кадров, рост хронических заболеваний, старение населения, а также акцент на профилактику заболеваний и их осложнений, пропаганду здорового образа жизни, увеличение расходов на здравоохранение [3].

В соответствие с результатами исследований рынка специалистов сестринского дела в Республике Казахстан [4] численность медицинских кадров в Казахстане составляет более 245 тыс. специалистов, из которых более 170 тыс. средние медицинские работники (СМР), что составляет 70% от общего числа медицинских кадров. Более 80% средних медицинских работников непосредственно работают с пациентами. Более 31% СМР трудятся в сельской местности.

Средний показатель обеспеченности медицинскими кадрами по данным обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения (ОКРЗ), отчетных формы 30, 017 неуклонно растет. Так, с 2005 года численность среднего медицинского персонала увеличилась в 1,2 раза и составляет сегодня 95,3 на 10 тыс. населения республики.

Сохраняется дисбаланс в соотношении между врачебными кадрами и средними медицинскими работниками – 1: 2,3. Между тем, по международным стандартам эффективное функционирование и развитие системы здравоохранения возможны при соотношении 1:4 – 1:5.

Тем не менее, дифференцировка сестринского персонала по уровню квалификации свидетельствует о низкой квалификации СМР (017 форма), что требует совершенствования сестринского образования в соответствии с лучшими международными практиками. Так, доля медицинских сестер уровня ТиПО, не обладающих квалификациями к ведению независимого сестринского процесса (аналоги зарубежных RNA/LPN/LVN/ HCA/AN), в общем сестринском персонале

составляет 99,9% (105 362 человек); соответственно доля сестер уровня прикладного и академического бакалавриата с квалификационными компетенциями независимого сестринского процесса составляет всего 0,4% (388 человек). На сегодняшний день численность медицинских сестер уровня прикладного бакалавриата в РК – 309, первый выпуск которых был в феврале 2018 года.

В целом обеспеченность средними медицинскими работниками на 10 тыс. населения республики достаточно хорошая и Казахстан по обеспеченности СМР занимает средние позиции в мировом рейтинге (рис. 1) (из доклада World Health Statistics 2015) [5]. Учитывая также выводы ВОЗ о том, что «нет прямой зависимости между уровнем социально-экономического развития страны и масштабом сестринской практики», необходимо не количественное наращивание потенциала СМР, а качественная их подготовка в соответствии с мировыми стандартами.

Подготовку специалистов сестринского дела в РК осуществляют 84 медицинских колледжа (24 государственных и 60 частных). 17 из них прошли институциональную аккредитацию, 72 программы прошли специализированную аккредитацию.

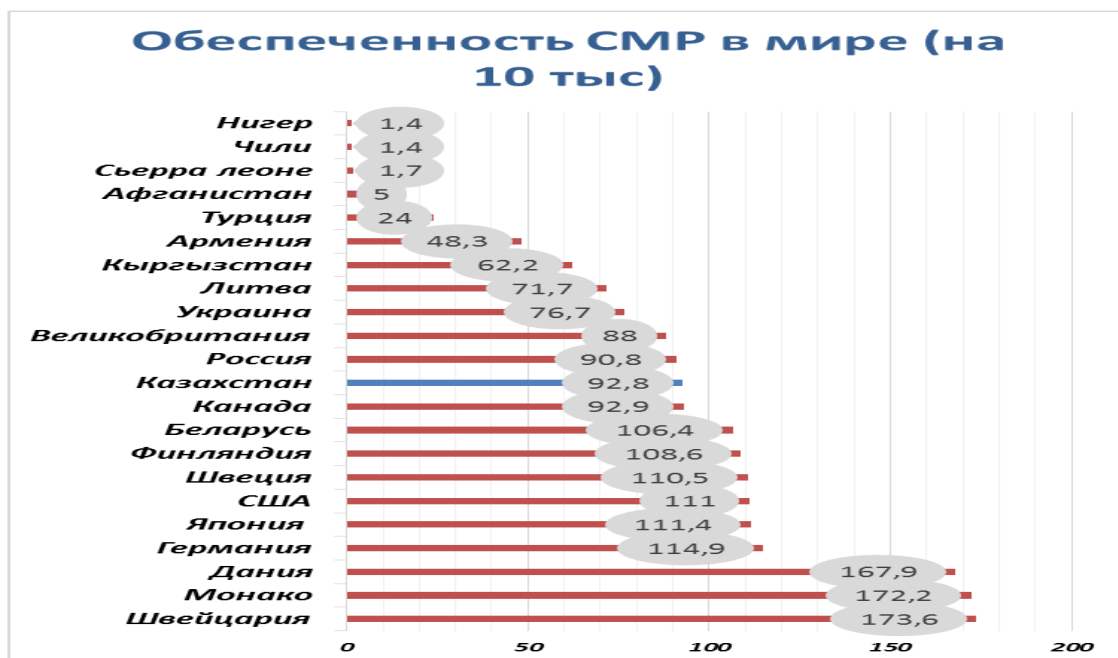


Рисунок 1 - Место Казахстана в мировом рейтинге обеспеченности средними медицинскими работниками на 10 тыс. населения республики

С целью адаптации и приведения сестринского образования в соответствие с лучшими международными практиками была принята финская модель подготовки специалистов сестринской службы. С начала 2017 года совместно с экспертами университетов прикладных наук JAMK и LAMK (Финляндия) проводится работа по четырем глобальным направлениям:

1. Внедрение новой системы управления в сфере подготовки и деятельности специалистов сестринского дела;
2. Пересмотр образовательных программ подготовки специалистов сестринского дела согласно Европейским директивам;
3. Повышение потенциала преподавателей сестринского дела;
4. Совершенствование клинической подготовки специалистов сестринского дела и внедрение модели наставничества.

В рамках внедрения новой системы управления в сфере подготовки и деятельности специалистов сестринского дела проведена оценка медицинских колледжей с целью реорганизации в Высшие колледжи для внедрения программ прикладного бакалавриата. По результатам оценки 10 медицинских колледжей в 2017 году получили статус Высших колледжей. В текущем 2018 году еще 7 медицинских колледжей получили положительную оценку по ключевым показателям для реорганизации, что в сумме составило 20,2% от общего числа медицинских колледжей республики.

Таким образом, подготовка медицинских сестер новой формации будет осуществляться 17-ю высшими медицинскими колледжами. Функциональные обязанности медицинских сестер уровня прикладного бакалавриата предусматривают независимый сестринский уход, самостоятельный прием, динамическое наблюдение, консультирование, обучение и патронаж в рамках программы управления заболеваниями (ПУЗ) и универсально-прогрессивной модели патронажной службы (УПМПС), деятельность по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, скрининги, вакцинации и ряд диагностических и лечебных манипуляций.

Проблемы, препятствующие полноценному внедрению в практику программ прикладного бакалавриата, послужили основанием инициации проекта по разработке и внедрению новой модели сестринской службы в организациях практического здравоохранения – клинических базах высших медицинских колледжей в пилотном режиме.

В проекте приняли участие 7 высших медицинских колледжей и 30 клинических баз (многопрофильные взрослые и детские стационары, поликлиники, перинатальные центры) высших колледжей из семи регионов Республики: Уральск, Астана, Алматы, Павлодар, Туркестан, Кокшетау, Кызылорда.

Первая фаза Проекта была завершена в феврале 2017 года, в рамках которой определены:

1) 11 областей практики медицинских сестер по новой модели сестринской службы, которые гармонизированы с международными стандартами к профессиональной сестринской профессии, проектами профессионального стандарта РК по специальности «Сестринское дело» и отраслевой рамки квалификаций в сфере здравоохранения РК;

2) Подходящие для РК концептуальные модели организации сестринской службы в медицинских организациях РК (Первичная сестринская модель, Командная сестринская модель);

3) Рекомендации к типовой организационной структуре медицинских организаций на основе мировых практик управления сестринской службой;

4) Предложено внедрение должности «медицинская сестра расширенной практики» для прикладных и академических бакалавров сестринского дела в номенклатуру должностей работников здравоохранения (изменения в приказ МЗ РК №775);

5) предложены изменения в Квалификационные характеристики должностей работников здравоохранения (приказ МЗ РК №791):

✓ введение должности «медсестра расширенной практики» для прикладных и академических бакалавров;

✓ пересмотр квалификационных характеристик по функционалу должностей руководителей (зам. директора по сестринскому делу/главная медсестра, старшая медсестра) с учетом внедрения новой модели управления сестринской службой;

✓ введение делегированных функций от врача медицинским сестрам в функциональные обязанности медсестер расширенной практики.

6) Разработаны предложения по методам определения штатного расписания с включением должностей «медицинская сестра расширенной практики» для поликлиник и стационаров;

7) Разделены функциональные обязанности врачей, медсестер расширенной практики (прикладных и академических бакалавров) и медсестер уровня ТиПО;

8) Разработаны предложения по делегированию функций врача медицинской сестре расширенной практики: в поликлиниках: в части индивидуального приема, динамического наблюдения, консультирования, обучения и патронажа в рамках программы управления заболеваниями, универсально-прогрессивной модели патронажной службы; организации деятельности по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, скринингах, вакцинации; в стационарах: в части проведения ряда диагностических и лечебных манипуляций. С этой целью планируется разработка и внедрение сестринской документации и стандартов операциональных процедур с использованием Международной классификации сестринских диагнозов и сестринских вмешательств.

По вопросу отбора международной классификации, на заседании Республиканского учебно-методического объединения (РУМО) по специальности «Сестринское дело» от 13 апреля 2018 года были обсуждены рекомендованные международными экспертами университета прикладных наук JAMK (Финляндии) из 4 международных классификаций сестринских диагнозов, вмешательств и результатов ухода: International Classification for Nursing Practice, NANDA – Nursing Diagnoses, Definitions and Classification и Clinical Care Classification System, предпочтение было отдано Clinical Care Classification System (CCC - классификация клинического ухода), которая наилучшим образом даст оценку деятельности медсестер по уходу за пациентами с учетом уровня подготовки.

Далее предстоит работа по официальному принятию данной модели и адаптации ее к условиям РК.

9) Предстоит внесение изменений и дополнений в ряд НПА: Реестр должностей гражданских служащих в некоторых сферах системы здравоохранения (приказ МЗСР №1043), Положение о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (Приказ МЗ РК №7) в части делегирования медсестрам расширенной практики функционала врачей.

Вторая фаза пилотного проекта, одобренная Министром здравоохранения РК, предполагает:

1. Трудоустройство выпускников прикладного бакалавриата в пилотные медицинские организации и пилотное внедрение новой модели сестринской службы на основе медсестер расширенной практики.

2. Подготовка юридической документации для легализации ставок и функциональных обязанностей медсестер расширенной практики.

3. Инициация пересчета тарифов клинико-затратных групп, комплексного подушевого норматива и расходов в связи с внедрением новых административных должностей с более высоким уровнем оплаты труда и независимых сестринских практик.

4. На основании пилотного внедрения независимой профессиональной модели сестринской службы в пилотных организациях отработать и предложить штатные нормативы, стандарты операциональных процедур и формы сестринской документации по каждой из функциональных обязанностей медсестер расширенной практики, включая делегированные от врача функции, до выпуска новых прикладных бакалавров в феврале 2019 года.

В рамках разработки стандартов услуг специалистов сестринского дела на основе финской модели с адаптацией к условиям РК международными экспертами подготовлены 16 национальных экспертов (члены исследовательского комитета), компетентных в области методологии разработки и оценки стандартов сестринских услуг на основе доказательной сестринской практики.

Группой национальных экспертов начат процесс разработки первых клинических протоколов для медицинских сестер (гипертензия, сердечная недостаточность, бронхиальная астма и сахарный диабет) с использованием руководств, разработанных совместно с финскими экспертами.

В рамках мероприятий по пересмотру образовательных программ подготовки специалистов сестринского дела, согласно Европейским директивам:

1) Разработаны и утверждены приказом МЗ РК от 29.06.2017 года № 471 ГОСО и ТУПы прикладного бакалавриата по специальности «Сестринское дело» (1,5 года и 3,5 года).

2) Разработана новая образовательная программа переподготовки от прикладного бакалавра до академического уровня бакалавра по специальности «Сестринское дело» (срок обучения 10 месяцев), которая дает возможность выпускникам прикладного бакалавриата получить уровень академического бакалавриата по ускоренной программе.

3) Пересмотрены и утверждены приказом МЗ РК от 29.06.2017 № 471 ГОСО и ТУПы академического бакалавриата по специальности «Сестринское дело» с учетом европейских директив (2,5 года и 4 года).

3) Пересмотрены и планируются к утверждению ГОСО и ТУПы Технического и профессионального образования по специальности «Сестринское дело».

4) Пересмотрены и планируются к утверждению в 2019 г. ГОСО и ТУПы магистратуры по специальности «Сестринское дело».

5) Пересмотрены и планируются к утверждению в 2019 г. ГОСО и ТУПы PhD-докторантуры по специальности «Сестринское дело».

6) В Профессиональный стандарт по специальности «Сестринское дело» внесены все уровни специалистов сестринского дела (младшая медсестра, медсестра ТиПО, прикладной, академический бакалавр, магистр и PhD сестринского дела), одобренный на отраслевой комиссии НПП «Атамекен». Стандарт находится на утверждении.

7) В отраслевую рамку квалификаций в сфере здравоохранения РК внесены все уровни специалистов сестринского дела (младшая медсестра, медсестра ТиПО, прикладной, академический бакалавр, магистр и PhD сестринского дела), одобрены РУМС и находятся на утверждении.

8) Разработана и внедрена двухдипломная Казахско-Финская магистратура по сестринскому делу. С 1 сентября начато обучение 20 магистрантов в Казахском медицинском университете непрерывного образования.

Таким образом, в целях приведения системы сестринского образования в соответствие с европейскими директивами и рамками квалификаций в РК внедрена многоуровневая система подготовки специалистов сестринского дела - от младшей медицинской сестры до доктора PhD по сестринскому делу; разработаны интегрированные программы академического и прикладного бакалавриата по сестринскому делу, дающие возможность работающим медицинским сестрам получить высшее и послесреднее сестринское образование по ускоренным и гибким программам.

В рамках развития программы прикладного бакалавриата по специальности «Сестринское дело» с 2015 года Республиканский центр развития здравоохранения ежегодно осуществляет мониторинг реализации программы прикладного бакалавриата по специальности «Сестринское дело» по итогам 1-7 семестров соответствующих учебных годов (2014-2015 учебный год, 2015-2016 учебный год, 2016-2017 учебный год) в шести пилотных медицинских колледжах.

Мониторинг и оценка деятельности Высших колледжей осуществляется в соответствии с 7-ю критериями и целевыми показателями: Руководство, Компетенции персонала, Реализация образовательной программы, Заинтересованные стороны/клинические базы, Вспомогательные службы. Ресурсы и условия. Итоги мониторинга показали следующее:

1) в семи Высших медицинских колледжах по программе прикладного бакалавриата с 2014 года обучение прошли всего 309 студента, из них 140 по 3,5 г. программе и 169 по 1,5 г. ускоренной программе.

2) с начала реализации программы обучено 245 преподавателя при участии экспертов из Финляндии, в том числе 34 человека прошли обучение в Финляндии (гг. Ювяскюля, Лахти). 50% преподавателей прикладного бакалавриата имеют высшую категорию, 5 человек степень кандидата наук, 12 - магистров, более 30% преподавателей академических бакалавров. Мониторинг удовлетворенности профессорско-преподавательского состава программ прикладного бакалавриата показал положительную мотивацию к освоению новых навыков и компетенций.

3) Все медицинские колледжи заключили договоры с клиническими базами (59) для прохождения практики под патронажем опытных медицинских сестер - менторов (соотношение 1:3). 18 медицинских сестер-менторов прошли подготовку в Финляндии (Ювяскюля). Каскадно обучено еще 327 менторов. Более 80% менторов имеют высшую категорию, двое из них магистры, 11 - академические бакалавры.

Отмечено эффективное сотрудничество и поддержка клинической подготовки студентов руководством и сотрудниками клинических баз, которые активно участвуют в управлении образовательной программой и оценке ее эффективности. Руководство клинических баз оценивает пилот как успешный и поддерживает новую программу прикладного бакалавриата.

4) Студенты имеют неограниченный доступ ко всем ресурсам обучения, возможности обучения в симуляционных центрах, оборудованных передовыми симуляторами.

5) Отмечена высокая мотивация студентов к обучению, активность и приобретение навыков безопасного сестринского ухода. Результаты CLES+T показывает их удовлетворенность средой клинического обучения.

6) Во всех колледжах имеются сайты, посвященные программе прикладного бакалавриата.

7) Результаты интервьюирования студентов показали привлекательность программы в части выделения значительного объема часов на специальные дисциплины и 50% времени, отведенного на клиническую практику под руководством менторов, а также возможность самостоятельной работы - 30 часов по каждой дисциплине. Ориентация на практику позволила студентам освоить такие компетенции, как работа в команде, готовность принимать решения, ответственность за качество труда. Студенты отметили формирование самостоятельности, способности планировать и организовывать собственную учебную и практическую деятельность.

8) Реализация проекта оказала положительное влияние на обеспечение качества предоставления образовательных услуг в шести пилотных колледжах.

По итогам мониторинга были сделаны рекомендации:

1. дальнейшая реализация программы прикладного бакалавриата по специальности «Сестринское дело», в том числе по ускоренной программе;

2. дальнейшее повышение потенциала преподавателей:

✓ оценка, основанная на компетентности, доказательная сестринская практика, интернационализация;

✓ мотивация преподавателей программы прикладного бакалавриата (стимулирующий компонент);

3. развитие сотрудничества между медицинским колледжем и учреждениями здравоохранения;

✓ обучение менторов, темы дипломной работы, оплата менторам [6].



Рисунок 2 – Новая модель сестринской службы в Республике Казахстан

Таким образом, внедрение новой образовательной модели подготовки специалистов среднего звена (рис. 2) в сотрудничестве с международными экспертами из Финляндии будет способствовать воспитанию новой плеяды медицинских сестер, призванных повысить качество медицинского обслуживания и удовлетворение потребностей пациентов.

Литература

1. Аканов А.А., Хамзина Н.К., Есенжанова Г.М., Ахметов В.И. Медицинское образование в США. Опыт для Казахстана (изд. 2, дополненное). – Алматы, 2010.

Akanov A.A., Hamzina N.K., Esenzhanova G.M., Ahmetov V.I. Medicinskoje obrazovanie v SShA. Opyt dlja Kazahstana (Medical education in the USA. Experience for Kazakhstan) [in Russian] (izd. 2, dopolnennoe). Almaty, 2010.

2. Медицинское образование в Европе. Тематическая сеть по медицинскому образованию в Европе. Всемирная Федерация Медицинского образования / Ассоциация медицинских школ в Европе. - Kandrups Bogtrykkeri A/S, Копенгаген, Дания, 2007. - 80 с.

Medicinskoje obrazovanie v Evrope. Tematicheskaja set' po medicinskomu obrazovaniju v Evrope. Vsemirnaja Federacija Medicinskogo obrazovanija (Medical education in Europe. Thematic network for medical education in Europe. World

Federation of Medical Education) [in Russian]. Asociacija medicinskih shkol v Evropi. - Kandrups Bogtrykkeri A/S, Kopenhagen, Danija, 2007: 80 p.

3. Указ Президента Республики Казахстан. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы: утв. 15 января 2016 года, № 176.

Ukaz Prezidenta Respubliki Kazahstan. Ob utverzhdanii Gosudarstvennoj programmy razvitija zdavoohranenija Respubliki Kazahstan «Densauluk» na 2016-2019 gody (Decree of the President of the Republic of Kazakhstan. On approval of the State Health Development Program of the Republic of Kazakhstan «Densauluk» for 2016-2019) [in Russian]: utv. 15 janvarja 2016 goda, № 176.

4. Каптагаева А.К., Нуралиева У.А., Кусаинова А.С., Байгожина З.А. Состояние и перспективы развития сестринской службы в РК // Старшая медицинская сестра. – 2017. - №3. – С. 53-64.

Kaptagaeva A.K., Nuralieva U.A., Kusainova A.S., Bajgozhina Z.A. Sostojanie i perspektivy razvitija sestrijskoj sluzhby v RK (Status and prospects of nursing service development in the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. Starshaja medicinskaja sestra. 2017; 3: 53-64.

5. Global Health Observatory (GHO) data World Health Statistics, 2015. Web site. Retrieved 27.05.2018. Available: <http://www.who.int/gho/>.

6. Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2019 года: утв. Министром здравоохранения Республики Казахстан 6 декабря 2016 года.

Kompleksnyj plan razvitija sestrijskogo dela v Respublike Kazahstan do 2019 goda (Comprehensive plan for the development of nursing in the Republic of Kazakhstan until 2019) [in Russian]: utv. Ministrom zdavoohranenija Respubliki Kazahstan 6 dekabrya 2016 goda.

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

Русакова Е.М.

Белорусская государственная академия последипломного образования,
начальник центра научно-методического обеспечения высшего и среднего
специального медицинского, фармацевтического образования, г.Минск,
Республика Беларусь

Эффективность работы системы здравоохранения зависит от уровня подготовки ее работников, рационального использования кадров и их мотивации к работе. Стремительное развитие медицинской науки и инновационных технологий выдвигает новые задачи в области подготовки медицинских сестер.

В Республике Беларусь подготовка специалистов со средним специальным медицинским, фармацевтическим образованием осуществляется в 16 медицинских колледжах, которые являются государственными учреждениями образования, реализующими образовательные программы среднего специального образования, по 8 специальностям: «Лечебное дело», «Медико-профилактическое дело», «Медико-диагностическое дело», «Фармация», «Сестринское дело», «Зуболечебное дело», «Зубопротезное дело», «Лечебный массаж».

В целях оптимизации с 1 сентября 2015 года сокращены сроки обучения до 1 года 10 месяцев по 4 специальностям, одной из которых является «Сестринское дело». В разработку образовательных стандартов и учебно-программной документации положен принцип практикоориентированного подхода к подготовке медицинских сестер.

Совершенствование профессионального образования предусматривает использование современных педагогических технологий, активных,

интерактивных, диалоговых форм обучения, способствующих повышению качества подготовки специалистов.

В настоящее время в рамках реализации проекта «Модернизация системы здравоохранения Республики Беларусь», финансируемого за счет средств займа Международного банка реконструкции и развития, в медицинских колледжах проводятся мероприятия по внедрению в образовательный процесс симуляционного обучения, позволяющего моделировать процессы, ситуации и иные аспекты профессиональной деятельности и совершенствовать уровень подготовки медицинских сестер.

Для формирования умений общения медицинского работника с пациентом, основанных на принципах деонтологии, умелого расспроса пациента, коммуникации с пациентами и их родственниками используется методика «Стандартизированный пациент».

Развитие сестринского образования в Республике Беларусь заложит основу для удовлетворения потребностей населения в доступной, качественной медицинской помощи.

Ключевые слова: практикоориентированный подход, сестринское образование, Республика Беларусь.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 61:331.108; 614.253

РЕФОРМА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В КАЗАХСТАНЕ - ЧЕГО ХОЧЕТ МЕДСЕСТРА?

Векленко Г.В., Смагулова Г.А., Сейтмаганбетова Н.А., Достанова Ж.А.,

Танмаганбетова А.Ю., Жаубатырова А.А., Курмашева Г.С.

Западно – Казахстанский Государственный Медицинский Университет имени
Марата Оспанова, г. Актобе, Казахстан

Введение. В настоящее время в Казахстане проводится реформирование медицинского образования и здравоохранения. Целью является повышение

качества и эффективности медицинской помощи населению. Одно из наиболее важных ролей в решении этой проблемы принадлежит сестринскому персоналу. Нехватка медицинских сестер, низкая их мотивация, низкая заработная плата, высокая эмоциональная и физическая нагрузка, влияют на эффективность оказываемой медицинской помощи.

Цель исследования - анализ удовлетворенности медицинской сестры профессиональной деятельностью.

Материалы и методы: Анонимное анкетирование, проводилось на базе Больницы скорой медицинской помощи г.Актобе в феврале 2018 году. Карта социологического опроса включала 11 вопросов (возраст, место работы, стаж работы, семейное положение, ценность и значимость профессии, удовлетворенность условиями работы, удовлетворенность заработной платой, мнения медицинских работников о внесении изменений в профессиональную деятельность). Общее число заполненных анкет составило 92 из 289 человек. Средний возраст опрошенных медсестер составил 39 лет, в стационаре работают 95%. Стаж работы до 5 лет имеют 21%, до 15 лет 40%, более 15 лет – 53%. Семейное положение: замужем - 59%, имеют детей в возрасте до 3 лет - 36%, до 7 лет - 48%, старше 7 лет – 89%. Не имели детей -25% опрошенных медицинских сестер.

Результаты исследования: На вопрос о значимости своей профессии, 100% медсестер отметили, что ценят и любят свою профессию, несмотря на её трудности.

Формированию самоуважения в большой степени способствует обстановка в коллективе, в том числе характер отношений складывающегося у среднего медперсонала с врачами и руководителями разного уровня. Один из вопросов анкеты был посвящен оценке этих взаимоотношений. Важным мотивирующим фактором для высокоэффективного труда является уровень его общественного признания.

На вопрос, о том ценят ли Вас ли Вас окружающие как медсестру, респонденты отметили, что пациенты и родственники уважают их в 100% случаев, врачи - в 96%, администрация - в 89%. Они считают, что наиболее важным ответственным профессиональным долгом является оказание качественной квалифицированной медицинской помощи и улучшение здоровья населения.

Большинство медсестер нуждаются в уверенности, поддержке и в ценности как профессионала, востребованности в своей профессии. Результаты

исследования показали, что 76% медицинских сестер удовлетворены условиями работы, а 23% испытывали неудовлетворенность условиями профессиональной деятельности. Неудовлетворенность условиями работы объяснялась большой эмоциональной и физической нагрузкой, оформлением большого количества документации, что отнимало много рабочего времени у медицинских сестер отсутствием необходимых оснащенных кабинетов для релаксации. 94% медицинских сестер положительно оценивают свою профессию и не изменяют часто место работы, объясняя доброжелательность и сложившимися уважительными отношениями в коллективе. 5% медсестер, в основном молодые лица, хотели бы поменять свою профессию из - за низкой заработной платы и большой профессиональной нагрузки. 60% опрошенных были неудовлетворены низкой заработной платой, тогда как - 40% оплата труда устраивала.

Выводы. Результаты нашего исследования показали, что потребность медицинских сестер в изменении условий работы, обеспеченности медицинской одежды, уменьшении количества документации, увеличении заработной платы и дифференцированном её определении в соответствии с выполняемой нагрузкой и квалификацией. В целом высокую профессиональную удовлетворенность медицинских сестер, несмотря на низкую удовлетворенность оплатой труда и условиями его осуществления.

Ключевые слова: сестринское дело, удовлетворенность медицинского персонала, социологический опрос, Казахстан.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 614; 614.2; 614:33

**СОВРЕМЕННОЕ УПРАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБОЙ.
РАБОТА ЦЕНТРА РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА
АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Наурузбаева А.С.

*Центр развития сестринского дела Актюбинской области, заместитель
директора, Актюбе, Казахстан*

Приоритетным направлением Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық 2016-2019 годы» определено совершенствование системы подготовки специалистов среднего звена, наделенных компетенциями, отвечающим потребностям практического здравоохранения, способствуя их конкурентноспособности на рынке труда. В связи с чем, в Актюбинской области в 2015 году на базе Актюбинского медицинского колледжа был создан Центр развития сестринского дела, задачами которого являются: повышение качества сестринской помощи, анализ перспективных направлений развития сестринского дела, повышение престижа профессии сестринского дела.

Единственный в Казахстане, Региональный симуляционный центр ГККП «Актюбинский медицинский колледж имени героя Советского Союза Маншук Маметовой» Центра развития сестринского дела Актюбинской области получил в феврале 2018 года свидетельство об аттестации Общероссийской общественной организации РОСОМЕД «Российское общество симуляционного обучения в медицине».

По программе международного сотрудничества у медицинских сестер появилась возможность выезжать на международную стажировку, посещать республиканские и международные медицинские холдинги и клиники.

Впервые, Центром развития сестринского дела Актюбинской области, в сентябре 2017 г. была организована стажировка в рамках международного партнерства по программе «Управление изменениями в деятельности медицинской организации с учетом современных аспектов сестринского дела» базе ФГБОУ ДПО «Санкт-Петербургский центр последипломного образования ФМБА России». В стажировке приняли участие руководители сестринских служб Актюбинской области. Мероприятие проводилось с целью обмена опытом с коллегами, изучения инновационных технологий управления и организации сестринского дела и контроля качества сестринской помощи, знакомства с лучшими практиками лидеров современного рынка медицинских услуг, внедрения современных аспектов сестринского дела в работу медицинских учреждений.

Программа стажировки сочетала в себе теоретическую часть на базе ФГБОУ ДПО СПб ЦПО ФМБА России и практическую часть, включающую посещение

клинических баз и обмен опытом, а также был организован и проведен модуль «Симуляционное обучение в формате live-stream» в рамках международного партнерства с Юго-Восточным Университетом прикладных наук Финляндии, из которого приехали преподаватели и студенты университета, а дистанционно на связи были студенты кампуса города Котки, которые наблюдали за происходящим в симуляционной лаборатории.

Центр развития сестринского дела тесно сотрудничает с ОО «Актюбинская ассоциация средних медицинских работников» и совместно проводит семинары, научно-практические конференции, конкурсы профессионального мастерства, а также выезды в районы для обмена опытом СМР. Все мероприятия, проводимые Центром развития сестринского дела Актюбинской области выставляются на сайт ГККП «Актюбинский медицинский колледж имени героя Советского Союза Маншук Маметовой» и печатаются в журналах «Акжелен», «Мейірбике ісі», которые предназначены для специалистов сестринского дела, медицинских колледжей, ассоциаций средних медицинских работников и заинтересованных лиц, с целью развития и внедрения инновационных технологий сестринского дела в РК.

Планы Центра развития сестринского дела Актюбинской области: создание единых стандартов сестринских манипуляций, проведение рейтинга руководителей сестринских служб МО Актюбинской области, участие средних медицинских работников Актюбинской области в республиканских и международных стажировках и внедрение инновационных технологий в работу медсестры. А также организация и проведение учебно-методической помощи, мониторинг деятельности медицинских сестер, разработка и издание методических пособий; организация и проведение семинаров, мастер-классов, тренингов, конкурсов, аттестации, симуляционное обучение, публикация статей по актуальным вопросам сестринского дела в республиканских журналах по сестринскому делу, участие в разработке региональной концепции развития сестринского дела согласно Комплексного плана развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2019 года, выработка новых направлений и рекомендаций по совершенствованию профессиональных, экономических и организационных вопросов работы сестринского персонала.

Ключевые слова: сестринское дело, менеджмент, международное сотрудничество, Казахстан.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС – БУДУЩЕЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В КАЗАХСТАНЕ

Полицына Н.В.

*КГП на ПХВ «Первая городская больница» Управления здравоохранения
Акимата Северо-Казахстанской области, Петропавловск, Казахстан*

Сестринское дело является составной частью современной системы здравоохранения. На данный момент в этой сфере задействованы немалые кадровые ресурсы. Но, к сожалению, роль, которую играют медицинские сестры в оздоровительном процессе, зачастую недооценивается. Ввиду этого Министерство Здравоохранения Казахстана представило Концепцию развития и реформирования сестринского дела до 2019 года. Согласно этой концепции медицинская сестра должна являться равноправным партнером лечащего врача и иметь полномочия для самостоятельного принятия определенных решений по поводу лечебного процесса. На данный момент сестринская помощь заключается не только в сопровождении основной деятельности врача, но и в большом разнообразии других видов работ во всех направлениях здравоохранения.

В январе 2018 года на базе нашего предприятия приказом управления здравоохранения было открыто отделение сестринского ухода (ОСУ) для госпитализации пациентов с хроническими заболеваниями вне обострения, нуждающиеся в повседневной жизни в постороннем уходе, полностью или частично неспособных к самообслуживанию. Со дня открытия ОСУ получили уход пациенты, в возрасте от 31 до 94 лет, с диагнозами поражение сосудов мозга, рассеянный склероз, последствие травм шеи и туловища и т.д.

С открытием ОСУ у нас возникла потребность в изучении основ сестринского процесса и последующая реализация этапов сестринского процесса на практике. Подготовка к работе ОСУ состояло из нескольких этапов:

- первый этап состоял в изучении теоретической научной базы сестринского процесса. Мы изучали цели, пути достижения сестринского процесса, потребности пациентов с которыми медицинские сестры столкнутся в работе;

- на втором этапе подготовки к открытию ОСУ были изучены модели сестринского дела;

- третий этап состоял в разработке медицинской документации по сестринскому процессу. На основании сестринского диагноза составлялся план сестринских вмешательств, который отражался в медицинской карте стационарного больного больницы сестринского ухода ф.№003-4/у. План корректируется ежедневно, в течение дня. Обязательно после проведения сестринских вмешательств оценивается полученный результат, который отражается в медицинской карте стационарного больного больницы сестринского ухода ф.№ 003-4/у;

- четвертый этап заключался в оснащении ОСУ всем необходимым для создания комфортной обстановки для пациентов;

- пятый этап состоял из обучения медицинских сестер. Обучение проводилось в виде семинара, где медицинские сестры имели возможность вносить свои предложения по организации практической работы отделения. Проводились индивидуальные занятия с медицинскими сестрами отделения по оформлению медицинской документации в электронном виде.

На сегодняшний день предстоит большая работа по внедрению и реализации сестринского процесса в практическую деятельность медицинской сестры, проведению просветительской работы с населением на уровне ПМСП.

Выводы. Уникальное призвание медицинской сестры заключается в том, чтобы оказывать отдельному человеку, больному или здоровому, помощь во всем, что способствует здоровью или его восстановлению. Сестринское дело – это искусство и наука одновременно. Оно требует владения специфическими навыками, знаниями и умениям их практического применения, базируется на знаниях и методах различных гуманитарных дисциплин, а также наук, изучающих физические, социальные, медицинские и биологические законы.

Надеемся, что все поставленные цели будут достигнуты в ближайшее время, а мы в свою очередь, гарантируем заинтересованность и проявление инициативы в этом деле со стороны сестринского персонала.

Ключевые слова: сестринское дело, организация сестринского процесса, отделение сестринского ухода, Казахстан

МЕДИЦИНАЛЫҚ МЕЙІРГЕР ИМИДЖІ ЕМДЕУ МЕКЕМЕСІ ИМИДЖІНІҢ БӨЛІГІ

Төлеуова А.Е., Сейдахметова А.А., Султанова Ж.С., Зулпухарова Г.К.,
Еримбетова Л.С., Нургалиева А.Т.

*«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, «Жедел медициналық
көмек және мейіргер ісі» кафедрасы, Шымкент, Қазақстан*

Кіріспе. Медициналық қызметтің сапасын басқару кезінде медициналық мекеменің оң имиджін қалыптастыру бойынша шараларды ескеру қажет. Мәселенің өзектілігі заманауи денсаулық сақтау науқастар тарапынан медициналық мекемелер жұмысының тиімділігін төмен бағалаумен негізделген бірқатар мәселелерге тап болуымен анықталады. Бұл жағдайда медициналық мекеменің сыртқы имиджі әртүрлі қоғамдық топ адамдарының санасындағы түсінік жүйесі ретінде түсініледі.

Зерттеудің мақсаты емдеу мекемесінің қызметінде мейіргер қызметкерлерінің имиджінің маңызы туралы мейіргерлердің білім деңгейін жоғарлату жолымен пациенттерге көмек көрсету сапасын арттыру болды.

Материалдар мен әдістер. Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының жедел медициналық көмек және мейіргер ісі кафедрасының қызметкерлері орта буынды медицина қызметкерлері қызметінің моральдық-этикалық мәселелерін меңгеруге бағытталған зерттеу жүргізді. Зерттеу 01.01.2018 - 01.04.2018 жж. аралығында, бірнеше кезеңде өткізілді: сауалнамалар өңдеу, сауалнамалар жүргізу, нәтижелерді талдау және мейіргер қызметкерінің кәсіби қызметінде этикалық қателерді болдырмау және жою бойынша шараларды жүргізу. Сауалнамаға Шымкент қаласының әртүрлі профилдегі 4 медициналық-профилактикалық мекемесі қатысты. Талдауға 536 мейіргерлік қызметкерлер сауалнамасы, 309 дәрігерлер сауалнамасы және 506 науқастар сауалнамасы алынды. Сауалнама біршама шынайы жауаптарға кепіл болатын, респонденттердің ерікті келісімі бойынша және жасырын түрде жүргізілді.

Нәтижелері. Көптеген мейіргерлер (93%) бұл мамандыққа саналы түрде келген. Орта буын медицина қызметкерлерінің 86,9% медицина мекемесінің имиджі олардың келбеті мен мінез-құлқына байланысты екенін түсінеді. Мейіргерлердің 73,5% медицина қызметкерінің сыртқы келбетіне қойылатын

талаптарды жақсы біледі. Дегенмен, сауалнамаға қатысқандардың айтуынша, толыққанды көлемде тек 37% ғана орындауда.

Науқастардың сауалнамасының нәтижесі бойынша: 91,1% мейіргерлерде мейірімділік пен әр науқасқа деген қызығушылықты және тек қана 2,9% - мейіргерлермен қарым-қатынас жасауды қаламайтындығы анықталған. Науқастардың жартысынан көбі (55,7%) дәрігер қабылдауында мейіргерлердің болмайтындығын байқағандығын анықтаған.

Егер қабылдауды тек мейіргер жүргізетін болса, сіз оған сенесіз бе? –деген сұраққа тек 19,0% оң жауап берді, қалған 81,0% қабылдауды дәрігер жүргізгенін қалайтынын айтты. Науқастардың 6,2% мейіргерлердің қатыгездігін атап өтті. Дегенмен, сауалнамаға қатысқандардың 80%-ы мейіргерлік қызметкердің жұмысын - өте жақсы деп бағалады.

Дәрігерлердің 31%-ы мейіргерлердің сыртқы келбетіне, 46,2% - кәсіби деңгейіне назар аударады. Дәрігердің жасы үлкен болған сайын, мейіргердің сыртқы келбеті анағұрлым маңызды рөл атқаратыны анықталды. Дәрігерлердің 81%-ы командада жұмыс істегісі келеді және мейіргерден кәсіби кеңес алады. 72,1%-ы жұмыс орнында мейіргер жоқ болған жағдайда, оларға мейіргер қызметінің жеткіліксіз екенін атап өтті. Дегенмен, сұралған дәрігерлердің тек жартысы (55,2%) өз міндеттерін орта буын медицина қызметкерлеріне сеніп тапсыра алатындарын, ал 10% мейіргер қызметкерлерінің білім деңгейі төмен екендігін айтты.

Қорытынды. Қоғам мейіргерді тәуелсіз маман ретінде көруге дайын еместігін қорытындылауға болады. Мейіргерлік тәжірибе мен медициналық білім беру ортасы мейіргерден талап етілетін қажетті қасиеттерді дамытуға жағдай жасауы керек. Мейіргер ісі бүгінгі таңда моральді тұрғыда денсаулық сақтаудың негізін қалаған іргелі кәсіп болып табылады және ол біздің ұлттық денсаулық сақтаудың имиджін анықтауы керек.

Кілтті сөздер: мейіргер ісі, мейіргерлердің имиджі, қоғам көзқарасы, Қазақстан.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В КАРАГАНДИНСКОМ ОБЛАСТНОМ ЦЕНТРЕ КРОВИ

Бастрыкина Н.А.

*КГП «Областной центр крови» Управления здравоохранения Акимата
Карагандинской области, главная медицинская сестра, Караганда, Казахстан*

Современную медицину невозможно представить без применения донорской крови. Развитие трансфузиологии характеризуется резко возросшими потребностями медицинских организаций в крови и ее компонентах.

Карагандинский областной центр крови организован и функционирует с 1938 года (ранее станция переливания крови). Обеспечивает 38 медицинских организаций кровью и ее компонентами (плазма, эритроциты, тромбоциты).

Ежегодно в области свыше 3000 пациентов получают переливание донорской крови. Областной центр крови осуществляет обеспечение компонентами крови 38 медицинских организаций области, которые были обеспечены компонентами крови в количестве 23 775 доз.

Укомплектованность Центра крови средним медицинским персоналом составляет 100%. Всего средних медицинских работников 35, из них медсестер – 24, лаборантов – 11. На 2018 год для повышения квалификации запланировано 13 человек, из них по сестринскому делу в трансфузиологии - 9, по лабораторной диагностике - 4. Работа среднего медицинского персонала сопровождает донора по всему маршруту и имеет специфические особенности на каждом этапе заготовки крови.

Организация работы среднего медицинского персонала направлена на соблюдение прав донора и тактичное, доброжелательное отношение к обратившимся. В лабораториях центра, медицинский персонал четко выполняет регламент технологических процессов, обеспечивая точность диагностических исследований, идентификацию образцов и своевременную выдачу результатов.

В центре, средним медицинским персоналом строго соблюдается техника венепункции, это исключает риск контаминации и профессионального заражения, возникновения неблагоприятных последствий (образование подкожных гематом,

инфицирование места прокола и др.), повторной венепункции и ухудшения состояние донора во время и после кроводачи.

При проведении фракционирования крови, лейкофилтрации, вирусинактивации, заготовке фибринового клея и криопреципитата медсестра строго соблюдает инструкции по проведению данных манипуляций и работает под контролем врача – трансфузиолога.

При выдаче компонентов крови медицинским организациям, средний медицинский работник отпускает продукцию по заявкам, при наличии доверенности на получателя от медицинской организации и владеет информацией по объемам запасов крови и ее компонентов в центре. Строго соблюдает правила хранения, температурного режима и транспортировки гемапродуктов.

Помимо указанных особенностей работы среднего медицинского персонала, на всех этапах заготовки крови и ее компонентов, организовано соблюдение: прав донора, принципов этики и деонтологии, конфиденциальности служебной информации, санитарно-эпидемиологического режима, правил асептики и антисептики, условий стерилизации изделий медицинского назначения и инструментария, мероприятий по предупреждению заражения трансмиссивными инфекциями, внедрение новых технологий для профилактики контаминации во время венепункции, оказание неотложной доврачебной помощи при острых заболеваниях, неотложных состояниях, несчастных случаях. На всех этапах заготовки крови на средний медицинский персонал возложена высокая ответственность.

В Карагандинском областном центре крови для средних медицинских работников, организовано постоянное совершенствование практических и теоретических знаний. Проводятся семинарские занятия по улучшению техники забора, переработки крови и ее компонентов, по усовершенствованию диагностических процессов и этико-диетологических аспектов.

С целью организации взаимозаменяемости и расширения практических навыков, в центре организована ротация среднего медицинского персонала между структурными подразделениями. Внедрено информационное сопровождение каждого этапа заготовки компонентов крови, как в центре, так и при проведении выездных донорских сессий.

По итогам 2017 года Областной центр крови прошел аккредитацию на соответствие Национальным стандартам аккредитации для организаций

здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови. По результатам аккредитации центру присвоена первая категория.

Выводы. Служба крови Карагандинской области, имея богатую историю развития, продолжает выполнять свою главную миссию – спасение человеческих жизней через донорское движение, внедрение современных медицинских технологий, интеллектуальный потенциал и профессионализм работников.

Ключевые слова: сестринский процесс, служба крови, Казахстан

Articles

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

**ADVANCED PRACTICE NURSES:
DELIVERING QUALITY AND COST- EFFECTIVE HEALTH CARE**

Primeau M.S.

*University of Alabama in Huntsville, College of Nursing, Coordinator of Global
Health and Medical Mission Program, USA*

Abstract

Providing healthcare in the future is acknowledged by many to be challenging at both the national and international levels. Globally, advanced practice nurses are in an excellent position to assist in achieving the goals of effective, high-quality, and cost effective care, and to facilitate redesign and improvement of healthcare systems. To do this, though, nurses around the world must be committed to growth as a profession, and dedicated to ensuring that nurses, and especially advanced practice nurses, become key players in the rapidly-changing global healthcare arena.

This article is devoted to importance of advanced nursing practice in provision of high-level medical care.

Key words: advanced nursing practice, medical care quality.

**Жоғары мамандандырылған кең профильді мейірбикелер: Сапалы және кірісі
мол медициналық көмек ұсыну**

Тұжырымдама

Жақын болашақта сапалы медициналық көмек көрсету мемлекеттік қана емес халықаралық мәселе ретінде қарастырылатын болады. Халықаралық тәжірибеге сүйенсек, жоғары мамандандырылған кең профильді мейірбикелер сапалы және кірісі мол медициналық көмек ұсыну қызметінде маңызды рөл атқарады. Олар сапалы әрі кіріс мол

медициналық қызмет көрсетуге ат салысып қана қоймай, бүкіл денсаулық сақтау жүйесін қайта құру мен дамытуға септігін тигізері сөзсіз. Осы мақсатқа жету жолында әрбір мейіргер өзін дамытуға құлшынып, жылдам дамып жатқан денсаулық сақтау жүйесіндегі жоғары мамандандырылған кең профильді мейіргерлік қызметтің алар орнын түсіне білуі керек.

Мақала жоғары мамандандырылған медициналық көмек көрсетудегі мейіргерлік үздік тәжірибенің маңыздылығына арналған.

Кілтті сөздер: үздік мейіргерлік тәжірибе, медициналық қызметтің сапасы.

Медицинские сестры широкого высокоспециализированного профиля: Предоставление качественного и рентабельного медицинского обслуживания

Резюме

В будущем предоставление качественного медицинского обслуживания станет проблемой как на государственном так и на международном уровнях. В международной практике, медсестры широкого высокоспециализированного профиля занимают немаловажную позицию в помощи достижения целей эффективной, высококачественной и рентабельной медицинской помощи, а также в содействии реорганизации и улучшения системы здравоохранения в целом. Для этой цели, медсестры всего мира должны стремиться расти в профессиональном плане и понять, что, особенно медсестры широкого профиля, являются ключевыми фигурами в динамично меняющейся всемирной арене здравоохранения.

Статья посвящена значимости передовой сестринской практики в оказании высококачественной медицинской помощи.

Ключевые слова: передовая сестринская практика, качество медицинских услуг.

УДК 614; 614.2; 614:33

Recieved: 14.06.2018

Accepted: 18.06.2018

Corresponding author: Marlana Primeau, DNP, FNP-BC, NHDP-BC, BSHECS, Clinical Associate Professor Coordinator, Global Health and Medical Mission Program University of Alabama in Huntsville, College of Nursing, USA

Address: 301 Sparkman Drive, NB 321, Huntsville, Alabama USA 35899

Phone: + 01 (256) 824-2449

E-mail: Marlana.Primeau@uah.edu

Introduction

It is no surprise that, just as the world gets more and more complex, healthcare has become increasingly complicated and fragmented. Global and national healthcare systems have numerous critical issues on the horizon, and healthcare is changing dramatically in an effort to find viable solutions. Although every country has its own unique set of concerns and issues, there are certain common healthcare themes and needs; better access to care for everyone, improved healthcare equity for diverse populations, provision of quality care within acceptable financial boundaries, adequate numbers of health workers, and successful patient outcomes [1]. Longer life expectancies and increasingly complex chronic diseases add additional dimensions to the traditional healthcare concerns.

Advanced Practice Nursing (APN), currently utilized in some form in an estimated 70 countries worldwide [2], has proven to be an excellent answer for many healthcare challenges, including a lack of primary care providers, a need for better access to care, more cost-effective care, and an increase in quality outcomes. Although continued research and documentation is critical, numerous studies have already been conducted to study APN outcome data in relationship to that of physicians, and to date, the literature solidly supports the contention that APN care has excellent outcomes, often with lower costs and reduced use of resources [3,4]. Proper utilization of advanced practice nurses has the potential to transform health care systems, improve public health and wellbeing, and reduce overall healthcare spending.

However, there continue to be barriers and challenges in the global utilization of advance practice nurses. Practice levels for nurse practitioner range widely, from high-level practice settings to simple expansion of nursing roles that do not yet meet the level of advanced practice knowledge and expertise required (see Table 1). Although progress is being made, barriers to practice range from challenges from outside sources, such as territorial and practice concerns from other healthcare professions, to internal issues, such as the lack of standardized educational and practice requirements, and the lack of professional unity.

Table 1 - Advanced levels of practice of different countries [5]

Countries	Advanced Practice Levels
Australia, Canada, Finland, Ireland, Netherlands, New Zealand, UK, US	Established APN Practice (High levels of advanced clinical practice)

Austria, Belgium, Croatia, Cyprus, France, Germany, Iceland, Israel, Lithuania, Norway, Spain, Sweden, Switzerland	Emerging APN Practice (Education programs available, but practice not at advanced clinical level)
Belgium, Czech Republic, Denmark, Estonia, Hungary, Italy, Latvia, Luxembourg, Malta, Poland, Portugal, Slovenia	Extended Nursing Roles (No APN-level practice or education)

To assist in clarifying the issue, it would be helpful to understand the differences between nursing and medicine. Medicine's focus and expertise is on pathology; the pathology of the cell, the organ, the system, and the human body, and how to resolve that problem. Nursing comes from a holistic viewpoint and focuses on wellness, and on how to assist the whole person in getting well and staying well. Nursing is a synthesis discipline; it draws on knowledge from a variety of disciplines to facilitate wellness in each patient. Nursing and medicine are independent and complimentary professions, not hierarchical. They work best in tandem, and the use of interprofessional collaboration and healthcare teams is becoming essential to safe and successful patient care [6]. Advanced practice nursing often provides a bridge between nursing and medicine, and effectively blends the best of both.

Advanced Practice Nursing

Advanced Practice Nurses (APNs) are clinicians and healthcare professions who have the education, credentials, and clinical expertise to work in an expanded nursing role, and are becoming an integral part of the healthcare systems in many countries. APNs function effectively in primary care, whether in or out of an office, as well as in a wide variety of specialties. APNs provide holistic care while diagnosing and treating illness or disease, and at the same time emphasizing health promotion and healthy living.

There are numerous types of APNs, all providing needed and necessary healthcare around the world [7]. APNs are called by a variety of names and have a variety of job descriptions, but there are a few characteristics that are at the core of the APN role. They include autonomous practice, patient centered and values-based care, the ability to think and make decisions critically, and the importance of supporting and modeling nursing leadership. Authority and responsibility to diagnose illness, prescribe

medications, provide treatment, refer clients to specialists, and admit patients to hospitals are all common characteristics that APNs are educated and trained to do.

Utilizing APN titles from the US, the most common types of Advanced Practice nurses are Nurse Practitioners, Nurse Anesthetists, Nurse Midwives, and Clinical Nurse Specialists.

Nurse Practitioners (NP) are clinicians, and provide assessment, diagnosis, and treatment for acute and chronic conditions in a wide variety of healthcare settings and for a wide variety of patients and populations. NPs were originally established in the US in the mid - 1960s. Family nurse practitioners (FNP), the largest subgroup of NPs, are primary care providers and see patients across the lifespan. There are also NP specialties working with women, acute care, pediatric, geriatric, and psychiatric populations.

Nurse Anesthetists (CRNA) work with surgical teams to ensure the safe administration of anesthesia through all phases of surgery and related procedures, including pain management.

Nurse Midwives are considered primary care providers, and specialize in caring for women across their lifespan, including pregnancy and birth.

Clinical Nurse Specialists are registered nurses, often at the bedside, who have advanced knowledge and clinical skills. They work in a wide variety of health care settings, and are usually specific to a particular patient population.

Education of APNs is currently non-standardized and practice requirements are non-uniform. Although many countries are still working toward this, the goal for APN education is to require a Master's degree. Some APNs, especially NPs, are moving toward doctoral preparation as a requirement to practice.

Benefits of Advance Practice Nurses

Utilization of APNs in various healthcare settings provides a quite lengthy and varied list of benefits that can be identified and that are well supported in the literature [1, 3, 4, 6, 8 -14]. The studies are international in scope, reflect primary care as well as a variety of specialties, and cross age and cultural boundaries. A good start has been made globally in identification of healthcare issues to overcome, as well as widespread acknowledgement of the potential for substantial healthcare improvement through the use of APNs.

Benefits identified in the literature for utilization of APNs include:

- APN care is cost-effective.

- Clinical outcomes on par with physician outcomes.
- Improved efficiency of services for patients.
- Improved patient access and waiting times.
- Increased patient-centered and holistic care.
- Increased patient and family satisfaction.
- High level of quality care perceived by patients.
- Fewer hospital readmissions and emergency room visits.
- Higher levels of patient compliance and knowledge.
- Smoother transitional care from hospital to home and community.

Barriers and Challenges

The long list of benefits for developing and integrating APNs into the healthcare system is unfortunately equaled by the list of barriers and challenges that still remain. There are numerous studies in the literature that identify the various barriers and challenges to the global integration of APNs into the current healthcare environment [6, 8, 15 -19]. These barriers include:

- A lack of international agreement on APN roles, titles, and scope of practice.
- Lack of consistent and common goals between all types of APNs.
- Absence of a strategic plan for APN integration into healthcare systems.
- Difficulty in altering the traditional hierarchy among healthcare professionals.
- Difficulty in overcoming traditional gender roles.
- Lack of acceptance by other healthcare disciplines and the public.
- Deficient numbers of qualified faculty to teach in APN programs.
- Lack of a standardized educational curricula and certification requirements.
- Lack of education and training in nursing leadership and policy skills.
- Restrictions in practice freedom and scope of practice by outside entities.
- APN lack of knowledge of and access to policy decision-making

So what does all this mean, and where can we go from here?

APN policy and regulation

Nurses must be educated in regulatory and funding processes, and learn ways to successfully interact with key stakeholders. There needs to be better communication and interaction between governmental or facility policy makers and APNs. APNs need to take the lead in joining and participating in policy discussions and negotiations.

Governmental and institutional policy changes need to be made to facilitate and support full use of APNs, which may need to be addressed on an organizational culture change level [18].

Education/Certification

Educational programs should be redesigned to meet practice standards and allow for future needs in a profession where change can occur rapidly. Increased education on technological and genomic innovations related to the provision of healthcare should also be embedded into APN educational programs [20]. In addition, certification requirements need to be standardized, and ideally standardized globally. Once educational and certification requirements are met, APNs should have the opportunity to practice to the full extent of their knowledge and training.

Interprofessional Collaboration

Advanced practice nurses need to acknowledge the importance and benefits of collaborating with other healthcare professions and disciplines. Interprofessional collaboration has become a key factor in successfully addressing critical healthcare and workforce issues [21, 22]. In addition to improved patient outcomes, there are numerous benefits of interprofessional collaboration to all involved health disciplines, including assisting healthcare professionals to overcome long-standing professional hierarchies and territorial issues [6].

Nursing leadership

Nurses, especially APNs, should view leadership knowledge and practice as an integral part of their profession. APN students should be educated on civic, professional, and social duties that will often be part of their job description, and become more comfortable in working in partnership with policy leaders. Nurses also have a responsibility to mentor each other and assist newer nurses as their careers progress. As Reed (2017) notes, nurses have to learn to clearly articulate their unique strengths and contributions to healthcare, and this is especially true for nurses in advanced practice roles [1].

Professional Unity

Globally, nurses at all practice levels must learn to encourage and support each other's roles, rather than spend time and energy on infighting. Mentoring, creating a

supportive environment, building trust, and focusing on common goals are all positive ways for nurses to facilitate professional unity. Career progress for each nurse advances the entire nursing profession.

Reimbursement for healthcare services

It is nice to hear that APNs are beginning to be full and respected members of the healthcare team, but that must be reflected in pay and reimbursements structures. If the same service is provided, reimbursement should be equitable no matter which type of clinician is providing the care [23].

To achieve that, it is important to document APN revenue production as well as APN care quality and patient outcomes.

Research

APNs are in a unique position to contribute many things to nursing and medical science. Underserved and poor communities have traditionally been served by APNs, and those populations are very underrepresented in research studies. We are now in the age of precision medicine, with genomic-based treatments and tailored healthcare immediately on the horizon. APNs are ideally placed to contribute research on populations where such research is sorely needed [24]. Nurses also need to continue research on APN-provided patient outcomes and cost effectiveness.

Scope and Standards of Practice

A goal of global consensus on both the boundaries of APN practice and the standards of APN patient care is crucial to integrating APNs into healthcare systems. Policies that restrict APN care often increases costs and decreases access to care, especially for underserved populations [23]. One difficult hurdle may be that of outside regulation; too many advanced practice nurses currently cannot practice to the full extent of their training due to supervision requirements or restrictions from other healthcare professions.

Conclusion

For countries that are developing an APN program or are trying to embed APNs in a redesigned healthcare system, there are several things to consider. Decisions about educational and clinical preparation, certification requirements, scope of practice boundaries, standards of practice, and reimbursement issues should be debated and a

consensus reached early in the process. One more important point should not be ignored in the development and decision making process: regulation of advanced practice nursing, and the autonomy of the APN role.

Providing healthcare in the future is acknowledged by many to be challenging at both the national and international levels. Globally, advanced practice nurses are in an excellent position to assist in achieving the goals of effective, high-quality, and cost effective care, and to facilitate redesign and improvement of healthcare systems. To do this, though, nurses around the world must be committed to growth as a profession, and dedicated to ensuring that nurses, and especially advanced practice nurses, become key players in the rapidly-changing global healthcare arena.

References

1. Reed PG. Philosophical Clarity and Justifying the Scope of Advanced Practice Nursing. *Nursing science quarterly*. 2017; 30 (1): 73-76.
2. Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R. Advanced practice nursing: An essential component of country level human resources for health. ICN Policy Paper for the International Council of Nurses. 2016:11 p.
3. Donald F. Kilpatrick K, Reid K, Carter N. et al. Hospital to community transitional care by nurse practitioners: A systematic review of cost-effectiveness. *International Journal of nursing studies*. 2015; 52(1): 436-451.
4. Fund ME, Swanson-Hill A. Cost effectiveness of nurse practitioner care. *Kansas Nurse*. 2014; 89(1):12-15.
5. Rogers M. A global overview of advanced practice nursing [PowerPoint slides]. International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network (INP-APNN), International Council of Nurses. 2016. Retrieved 01.06.2018. Available: <https://sairaanhoitajat.fi/>.
6. Goldsberry JW. Advanced practice nurses leading the way: Interprofessional collaboration. *Nurse Education Today*. 2018; 65: 1-3.
7. Pulcini J, Jelic M, Gul R, Loke AY. An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *Journal of nursing scholarship*. 2010; 42(1): 31-39.
8. Christiansen A, Vernon V, Jinks A. Perceptions of the benefits and challenges of the role of advanced practice nurses in nurse-led out-of-hours care in Hong Kong: a questionnaire study. *Journal of clinical nursing*. 2013; 22 (7-8): 1173-1181.
9. Hanlon A. Improving healthcare outcomes and accessibility in the USA: the advanced practice nurse. *Obzornik zdravstvenenega*. 2015; 49(2): 84-89.
10. Kapu AN, Kleinpell R, Pilon B. Quality and financial impact of adding nurse practitioners to inpatient care teams. *Journal of Nursing Administration*. 2014; 44(2): 87-96.

11. Mezey M, Harrington C, Kluger M. NPs in nursing homes: An issue of quality. *AJN The American Journal of Nursing*. 2004; 104(9): 71.
12. Sawatzky JAV, Christie S, Singal RK. Exploring outcomes of a nurse practitioner-managed cardiac surgery follow-up intervention: a randomized trial. *Journal of advanced nursing*. 2013; 69(9): 2076-2087.
13. Biezen M, Schoonhoven L, Wijers N, Burgt R. et al. Substitution of general practitioners by nurse practitioners in out-of-hours primary care: a quasi-experimental study. *Journal of advanced nursing*. 2016; 72(8): 1813-1824.
14. Whiteford C, White S, Stephenson M. Effectiveness of nurse-led clinics on service delivery and clinical outcomes in adults with chronic ear, nose and throat complaints: a systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*. 2016; 14(4): 229-256.
15. Borum C. Barriers for Hospital-based Nurse Practitioners Utilizing Clinical Decision Support Systems: A Systematic Review. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 2018; 36(4): 177-182.
16. Heale R. Overcoming barriers to practice: A nurse practitioner-led model. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2012; 24(6): 358-363.
17. Lohr RH, West CP; Beliveau M, Daniels PR. et al. Comparison of the quality of patient referrals from physicians, physician assistants, and nurse practitioners. *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier, 2013; 88(11): 1266-1271.
18. McCarter SP, Tariman JD, Spawn N, Mehmeti E. et al. Barriers and promoters to participation in the era of shared treatment decision-making. *Western journal of nursing research*. 2016; 38(10): 1282-1297.
19. Wei CW, Tung HH, Tsay SL, Lin CW. Nurse practitioners in Taiwan: Today and tomorrow. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2012; 24(3): 138-142.
20. Hawkins SY. Telehealth nurse practitioner student clinical experiences: An essential educational component for today's health care setting. *Nurse education today*. 2012; 32(8): 842-845.
21. Wilson S. Collaborative leadership: it's good to talk. *British Journal of Healthcare Management*. 2013; 19 (7): 335-337.
22. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. 2010. Web site Retrieved 01.06.2018. Available: <http://apps.who.int/>.
23. Poghosyan L, Lucero R, Rauch L, Berkowitz B. Nurse practitioner workforce: a substantial supply of primary care providers. *Nursing Economics*. 2012; 30(5): 268.
24. Williams JK, Katapodi MC, Starkweather A, Badzek L. et al. Advanced nursing practice and research contributions to precision medicine. *Nursing Outlook*. 2016; 64(2):117-123.

TO THE ISSUE OF PROVISION OF ACCESSIBLE AND QUALITATIVE MEDICAL CARE TO THE POPULATION

Tanatarov S.Z.¹, Aitchanova G.B.²

¹Director of the State Medical College named after D. Kalmatayeva, Semey, Kazakhstan

²Teacher of the discipline "Fundamentals of nursing" of the state medical college named after D. Kalmatayev, Semey, Kazakhstan

Abstract

Today middle grade medical personnel is a key human resource in providing quality and safe medical care to the population. In this article, the authors discuss the role of nurses in providing high-quality medical care, drug safety, and the importance of the patronage service.

Key words: nursing care, quality of medical service, drug safety, patronage service.

Тұрғындарға қолжетімді және сапалы медициналық көмек көрсету

Тұжырымдама

Мейіргерлер қазіргі таңда тұрғындардың денсаулығын нығайтуда, оларды сапалы әрі қолжетімді медициналық көмекпен қамтамасыз етуде құнды кадрлық ресурс болып саналады. Мақалада сапалы медициналық көмек көрсету, дәрілік қауіпсіздік және патронаждық қызмет мәселелеріндегі мейіргерлердің жұмысының маңыздылығы тарқатылады.

Кілтті сөздер: мейіргерлік қызмет, медициналық қызметтің сапасы, дәрілік қауіпсіздік, патронаждық қызмет.

К вопросу обеспечения доступной и качественной медицинской помощи населению

Резюме

На сегодняшний день средний медицинский персонал является ключевым кадровым ресурсом в обеспечении качественной и безопасной медицинской помощью населения. В

данной статье авторы рассуждают о роли медицинских сестер в оказании высококачественной медицинской помощи, лекарственной безопасности и значимости патронажной службы.

Ключевые слова: сестринская служба, качество медицинских услуг, лекарственная безопасность, патронажная служба.

УДК 614; 614.2; 614:33

Received: 15.05.2018

Accepted: 02.06.2018

Corresponding author: Tanatarov Sayat, Director of the State Medical College named after D. Kalmatayeva, Semey, Kazakhstan

Address: Kazakhstan, Semey, st. International, 38

Phone: +7 (7222) 36-14-79

E-mail: sayat68@mail.ru

Кіріспе

Қазіргі таңда мейіргерлік қызмет мамандары тұрғындардың денсаулығын сақтау ісінде, оларды сапалы әрі қолжетімді медициналық қызметпен қамтамасыз етуде құнды ресурс болып саналады. Адамның өмірі мен денсаулығы – басты құндылық. Медицина қызметкерінің әрекеттері адам өмірі мен денсаулығын оның туған сәтінен бастап сақтауға бағытталған және науқастың қадір-қасиеті мен намысын, жеке құпиясына деген құқығын құрметтеп, оған сыпайылық пен биязылық танытуға, мейіріммен қарауды талап етеді. Науқастың қауіпсіздігі – жоғары сапалы медициналық көмектің маңызды құрамдас бөліктерінің бірі. Оның мақсаты - емдеу кезінде науқасқа зиян тию мүмкіндігін барынша азайту.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ) медициналық көмектің сапасын жалпы популяция мен мүгедектердің денсаулығына қатысты жағымды жағдайларды көбейтетін және ағымдағы кәсібилік білімге сай келетін дәреже ретінде анықтайды.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі тарапынан медициналық қызмет көрсетудегі мейіргердің рөлін нығайту және олардың маңызын арттыру мақсатында 2019 жылға дейінгі мейіргер ісін дамытудың кешенді жоспары әзірленді [1]. Бүгінгі қоғам әлеуметтік және кәсіби қызметте танымдық белсенділігі жоғары шығармашыл адамдарға зәру. Мамандардың әлеуметтік және

кәсіби біліктілігіне қоғамның қояр талабы күннен-күнге артып келеді. Бүгінде мейіргер кәсібіне деген қарым-қатынас пен оның кәсіби міндеттеріне қойылатын талаптар түбегейлі өзгерді. Мейірбике ісі дамыған қазіргі кезеңде мейіргерлік құрам өзі ұсынатын мейіргерлік көмектің сапасына жауап беруі тиіс және талап етілген құзырлыққа сүйене отырып жұмыс жасауы қажет. Медицинада науқастың денсаулығына орта буын қызметкерлерінің дәрігерден кем жауап бермейтіні мәлім. Емнің дұрыс нәтиже беруі медбикенің көрсетілген ем-домды сауатты да қалтқысыз орындауында ғана емес, жаны қиналып жатқан науқаспен күндіз-түні бірге болып, күтім жасайтын қыруар еңбегіне де тікелей байланысты. Мейіргер ісі мамандарының тұрғындарға медициналық сапалы көмек көрсетудегі рөлі айрықша. Қазақстанда мейіргер ісін дамыту бойынша өткізіліп тұратын реформалар, мейіргер ісі мамандары қызметінде институционалдық қайта құрулар өткізу, кадрларды даярлау жүйесін жаңғырту және оларды денсаулық сақтау тәжірибесінде қолдану шаралары медициналық көмектің сапасын жоғарылатуға бағытталған. Сонымен қатар амбулаториялық, емханалық секторды жетілдіру бойынша жүйелік жұмыстарда, алғашқы медициналық- санитарлық көмекті кезең-кезеңмен жетілдіруде участкелік дәрігерлерге қосымша екінші мейіргер және жалпы тәжірибелік дәрігерлерге арналған үшінші мейіргерлер лауазымдарын енгізуге айрықша көңіл бөлінді. Осының бәрі медициналық көмектің сапасын арттыруға мүмкіндік береді, бәрі мейіргерлік қызмет мамандарының дәрігердің тең құқықты әріптесі ретіндегі тәуелсіз рөлін қамтамасыз етеді. Науқастарға қолда бар қызметтерді емес, оларға қажетті қызметтерді ұсыну қажет. Осылай ғана медициналық қызмет сапасын арттыруға қол жеткізуге болады. Халықтың денсаулығын түзету қажеттілігін құру, созылмалы ауруы бар науқастарда тұрақты ремиссия кезеңдерін арттыру көп жағдайда шығармашылық күш-қуатты қолдауға, емдеуді ісін ұйымдастырудағы мемлекет шығынын азайтуға және мүгедектікке байланысты жәрдемақы төлеуді болдырмауға ықпал етеді. Медициналық көмектің қол жетімділігі дегенміз (тең құқықтық) – ұсынылған медициналық көмектің сапасына қарай емделушінің жынысы, жасы, ұлты, тұрғылықты жері, әлеуметтік-экономикалық статусы, діни сеніміне деген тәуелсіздік [2]. Еуроодақ елдерінде қоғамға ашық түрде сапалы медициналық көмекке баға беруге мүмкіндік беретін жүйе жолға қойылған. Жыл сайын медициналық мекемелердің ұпай бойынша рейтингі құрылады және бұл ақпарат тұтынушыларға үшін денсаулық сақтаудың ұлттық жүйесінің ашықтық дәрежесі туралы баға беруге мүмкіндік береді. Сонымен

қатар, көрсетілген медициналық көмектің сапасы емделушінің мүддесіне – ауыр сырқаттан кейінгі жағдайының жақсаруына сәйкес бағаланады.

Мейіргер қызметінің емдеу нәтижесіне әсері

Көптеген елдердің медициналық ұйымдарында науқас қауіпсіздігіне нұқсан келуіне әкеп соқтырған мейіргерлердің жіберген қателіктерінің негізгі себептері мен олардың алдын-алу тәсілдері қарастырылған. ДДСҰ медициналық мекемелердегі науқасқа көрсетілетін медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігіне көп көңіл бөледі. Осыған байланысты Дүниежүзілік Денсаулық сақтау Ассамблеясының 55-ші сессиясында WHA резолюциясы қабылданды [3]. Онда науқастарға арналған сапалы көмекті ұйымдастыруға; олардың қауіпсіздігін қамтамасыз етуге; дәрілердің, медициналық құрылғылар мен қондырғылардың, технологиялардың мониторинг жүйесін қалыптастыруға үлкен көңіл бөлу керектігі талқыланды. Заманауи медициналық технологияларды енгізу орта медициналық қызметкердің деңгейіне жаңа талаптар ұсынады. Жаңа технологияларды енгізу қоғамның медициналық қызметтерге қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін нақты мүмкіндіктерді иеленген денсаулық сақтау жүйесінің аса маңызды құрамдас бөлігі болып табылады. Науқастың денсаулық жағдайының жақсаруының кепілі - нақты жолға қойылған мейіргерлік қызмет. Біздің елімізде мейіргерлік қызметтің науқас қауіпсіздігіне, мейіргерлік көмек сапасына тигізетін әсері көп зерттелмеген. Бірақ Батыста мейіргер жетістіктері дәрігерлермен ескерілмегендіктен, әрі мамандықтың мәртебесін көтеру мақсатында әртүрлі зерттеулер жүргізіліп келеді. Зерттеулер нәтижесінде мейіргерлік қызметтің сапасы мен медициналық көмек сапасы тығыз байланысты екені дәлелденген. Медициналық көмек көрсетілгенде күтім шаралары қоса жүргізілетіндігі белгілі. Бірақ көптеген елдерде науқас күтімі нормалары заңнамаларымен бекітілмеген. АҚШ мемлекетінің мейіргерлер Ассоциациясы 1994 жылдан бері мейіргер қызметінің сапасын белгілейтін көрсеткіштерді ұсынды [4]. Оның құрамына өлім-жітім, асқынулардың саны, науқастың медициналық көмекпен қанағаттанушылығы, госпитализацияның ұзақтығы кірді. Ассоциация ұсынысы нәтижесінде осы көрсеткіштермен мейіргер қызметі сипатының (мейіргердің жүктемесі, біліктілігі, өз бетінше әрекет ету дәрежесі) өзара байланысы зерттелді. Денсаулық сақтау қызметін зерттеу орталығы (АҚШ) жедел жәрдем ауруханаларындағы мейіргер жүктемесінің өлімге әсері жайлы фундаментальды зерттеулер жүргізді. Зерттеу нәтижелері The New England Journal of Medicine жарияланды. Бұл зерттеулер бес жыл бойы жүргізілді,

11 елдің 799 ауруханасында емделген бес миллион науқас алынды (жазылып шыққан, өлімге ұшырағандар). Мейіргер жүктемесі мен емнің қорытындысы мен сапасының көрсеткіштері тығыз байланысты екені анықталды [4]. Көбінесе зәр шығару жолдарының инфекциясы өкпе қабынуы, шок, асқазан-ішек жолдарынан қан кету, ұзақ емделу сияқты асқынулар кеңінен таралған. Сонымен бірге қарқынды терапия бөлімінің жұмысын зерттегенде келесі математикалық заңдылық байқалған: егер бір мейіргерге жүктеме 4 пациенттен көп болса әрбір қосымша бақылауда болған науқастарда асқынулар көбейген. Емнің нәтижесіне мейіргерлердің жүктемесінің әсерін R.L.Kane әріптестерімен бірге зерттеген [4]. Қарқынды терапия бөлімінде бір мейіргерге жүктемені азайтқанда медициналық асқынуларда азайған, мысалы госпитальды сепсис 43%, жүректің кенеттен тоқтауы 34%, медициналық асқынулар 41%, тыныс алу жүйесінің асқынулары 60%. Мейіргер күтімнен басқа бөлімше тазалығын, палаталардың уақытылы желдетілуін, ауыр науқастардың жеке бас гигиенасы шараларын жүргізу, науқасты зертханаға тасымалдау, дәріні аға мейіргерден қабылдау, ауыр науқастарды бақылау, дәрілік заттарды есептен шығару сияқты жұмыстарды да орындайды. Палаталық мейіргерлердің хронометражы Ресей ауруханаларының бірінде жүргізілген [5]. Онда мейіргердің күн тәртібінде науқас күтіміне 1 сағат қана уақыт қалатындықтан күтімді көбінесе туыстастарының жүргізетіндігі белгілі болған. Мейіргер кезекшілік барысында көптеген қысқа мерзімді тапсырмаларды қоса орындайды, мысалы сыртқы сигналдарға, телефон қоңырауына, науқастардың сауалдарына, дәрігерлердің шұғыл тапсырмаларын орындауға да уақыт жұмсайды. Сондықтан бөлімшедегі әрбір мейіргерлердің функциясын нақты белгілеу, жұмыс орнын функционалды секторларға бөлу уақытты үнемдейді.

Мейіргер қызметінің сапасына әсер ететін жағдайлар.

Сонымен бірге заманауи мейіргерлер өз ісінде көшбасшылыққа, дербестікке ұмтылады. Олардың дербестігін қолдау, жауапкершіліктерін арттыру, медициналық көмек көрсету сапасы мен емдеу мекемесінің жалпы нәтижелеріне әсерін тигізеді. Бұл белсенді медициналық араласуларды талап ететін жағдайларды уақытында анықтауға, ресурстарды (медициналық құралдар, тұтыну материалдары) қолданудағы проблемалардың азаюына, дәрігерлермен қарым-қатынастың жақсаруына әкеледі. Медициналық көмектің сапасына, мейіргердің біліктілігі, еңбек өтілі, білімін жан-жақты жетілдіру шаралары, жұмыстан қажу, шаршау сияқты факторлары да әсер етеді. Жоғары технологияларды қолдану,

жүйкеге көп күш түсетін күйзелістік жағдайлар мейіргер жұмысында көп кездеседі. Жүйке жүйесі түскен ауыртпалықты көтере алмай мейіргерлерде невроздар пайда болады. Жүйкесі жұқарғандардың жұмысқа қабілеттілігі азайып күнделікті орындап жүрген жұмыстарын істегенде тез шаршайды, зейіннің тұрақсыздығы, көңілдің алаң болуы, зейінді жинақтаудың бұзылуы байқалады. Осылардың салдарынан есте сақтау қабілеті төмендеп, ақпаратты есте сақтау қиындайды. Жүйкелері жұқарып, көңіл-күйлері тез ауысып отырады. Сол себепті медицина қызметкерлерінің «кәсіби жанып кету» синдромы деп физикалық, эмоциялық ойлау қабілеттерінің таусылуын айтады. Бұл синдромның пайда болуына адам мен адамның, бастық пен бағыныштының арасындағы ауыр қарым-қатынаста болу негізгі рөл атқарады [6].

Қолжетімді әдебиет көздерінде мейіргердегі «кәсіби жанып кетудің» 3 сатысын сипатталады: бірінші сатысы - мазасыздану; адам қалайтын деңгейде қызмет атқаруға бейім емес, өз беделін демеу үшін қорғаныс механизмін қолданады. Екінші саты - қарсылық; бұл сатының басты сипаттамасы бірбеткейлік, бағынбау, қаталдық, адам ережелер мен нұсқауларға жабысып, өз позициясын өзгертуге құштарлық танытпайды, томаға тұйық, өзгелерден оқшау қалады. Үшінші саты - таусылу; адам бір жағынан сылбыр, тұрлаусыз ал екінші жағынан аса зілді және қатал болуы ықтимал, бұл сатыда оған көңіл мен қамқорлық қажет [7]. Мейіргерлердің өз ісіне деген ұқыптылық, адамдарға ықылас, мейірімділікпен қарау, ауруларға емдеуге қажетті жағдайларды жасауда белгілі бір шешім қабылдауды талап етеді. Медициналық көмек сапасына кезекшілікке кіріскен мейіргердің өзінің сезіну жағдайы, көңіл-күйі әсерін тигізеді. Өйткені шаршаған мейіргер жұмыс барысында көп қателіктер жібереді. Bournes & Ferguson- Pare 2007 ауруханада мейіргерлердің күнделікті қызметінің күнтізбесін толық өзгертіп, онық айналадағы жағдай мен жұмыс сапасына әсерін зерттеген мейіргерлер жұмыс уақытының бестен бір бөлігін оқу процессіне жұмсаған. Сондықтан мейіргердің жұмыс уақытындағы жүктемесі артқан. Бірақ жағымды өзгерістері де болған: пациенттер ешқандай күтім тапшылығын сезінбеген, ал мейіргерлердің өз жұмысына жоғары қанағаттанушылықтары байқалған [8].

Командалық жұмыстың маңызы

Мейіргер жұмысының көрсеткіштерін жақсарту үшін командалық жұмыстың маңызы зор. Malila & Von Reuden 2002 жыл командалық жұмыстың қарқынды терапия бөлімінде ресурстарды нәтижелі пайдалануға ықпалын тигізетіндігі жайлы

тиімді дәлелдер алған. Сондықтан «мультидисциплинарлы көзқарас» операциядан кейінгі науқастарда асқынулардың соның ішінде аурухана ішілік, өкпе қабынуы, реинтубация оқиғаларының азаюына әкелген. Бүгінгі күні мейіргер қызметінің маңызы дәлелденген. Зерттеушілер аурухана басшыларына пациенттердің шынайы қажеттілігіне байланысты мейіргерлер бірлігін құруды, дәрігерлер мен мейіргерлердің командалық жұмысын құруды, үстеме жұмыстарды азайтуды, мейіргерлер біліктілігін арттыруды ұсынады [9].

Дәрілік қауіпсіздік медицинаның негізгі бағыттарының бірі

Қазіргі кезде дәрілік ем жүргізу күрделі мәселе болып табылады. Фармакология негіздерін білмей оны дұрыс жүргізу және бақылау іс жүзінде мүмкін емес. Тек дәрілердің өзара әрекетінің зиянды салдарын ескертуде әр медицина қызметкерінің қатысуы дәрілік емнің қауіпсіздігі мен тиімділігіне кепілдік береді. Дәрілік емді жүргізу кезінде болатын қателіктердің себебі: асығыстық, шаршау, жұмыс орнындағы нашар жағдайлар, дәрігерлердің түсініксіз жазбасы, білімнің жетіспеушілігі, ынтасыздық. Дәрілік затты кезекті енгізуді өткізіп алу, жойылған немесе мүлде тағайындалмаған дәрілік заттарды енгізу науқас денсаулығына орасан зиян келтіреді. Клиникалық тәжірибеде әр түрлі ауруларды емдеу кезінде көп жағдайда бір уақытта дәрілік препараттардың екі және одан да көбі қолданылады. Бұл дәрілердің құрамдас бөліктері дұрыс іріктелген жағдайда фармокотерапияның тиімділігін арттырады. Кейбір дәрілік заттардың жарыққа, температураның өзгеруіне, рН вариацияларына сезімталдығының жоғары болуының салдарынан тек бір-бірімен қиыстыру кезінде еріткіш пен сиымсыз қоспаларды құруы мүмкін. Дәрілік қауіпсіздік қазіргі медицинаның негізгі бағыттарының бірі. Қауіпсіздік жөніндегі мамандар адамның бір белгіге (сигнал) шоғырланған зейінін басқа белгіге қалай тез ауыстыру керек екенін арнаулы тексерулер жүргізу арқылы зерттеді [10]. Зейінді тез ауыстыру үшін түрлі-түсті контрасты бояулар, қимыл-қозғалыс, дыбыстар қолданылып келді. Бірақ қазіргі таңда олар нәтижелі емес. Медицина қызметкерлері үшін заманауи оқыту әдістемелері, тренингтер өткізілгені жөн [11,12]. Бұрын дәрінің қорабының сыртындағы түрлі түсті жазу мысалы «баяу енгіз» немесе «тек қана көктамырға енгізіледі» деген жазбалар қателік жіберуден сақтайды деп есептелсе, қазір мейіргерлерлерді қораптың сыртындағы барлық ақпаратты ұсақ өзгерістеріне дейін көріп, жылдам еске сақтауды арнаулы әдістермен үйретеді. Бүгінде мейіргерлер күнделікті таныс, үйреншікті істерді зейін салмай автоматизм

тәртібінде орындайды. Әсіресе көп жылға созылған жұмыс тәжірибесі бар мейіргерлердің манипуляция орындағанда қимылдары аса шапшаңдықпен әрі нақты жасалады. Соның салдарынан кейбір жұмыс орындағы өзгерістерді, мысалы, флакондардың әдеттегі орнынан ауысып кетуін байқамай, басқа ерітіндіні енгізген оқиғалар орын алуы мүмкін. Керісінше тәжірибесі аз маман дәрі құтыларының сыртқы жазбаларын тыңғылықты оқиды. Өйткені онда іс-әрекет қимылы әлі машықтандырылмаған. Мұндай сәтсіздіктерден мамандар чек-лист сақтайды деп есептейді. Оған манипуляция барысын минималды түрде нақты керекті іс-қимылдар ғана енгізіледі. Мейіргер әрбір тармағын орындағанын белгілеп отырады. Чек-лист іс-шараларды тек жеңілдетіп қана қоймай, сонымен қатар қатаң тәртіпке үйретеді, жұмыстың өнімділігін арттырады. Мейіргерлер өздерінің дәрілік заттарды қолданудағы жіберген қателіктерін жасырмауы тиіс. Өйткені бұл науқастар үшін қауіпті және олардың қайталануына әкелуі мүмкін.

Егер мейіргерде дәрілік заттармен жұмыс кезінде қателік орын алған болса, онда ол келесі шараларды орындау керек:

- Орын алған қателік туралы дәрігерге жылдам хабарлау керек. Сонда науқас қажетті көмекті ерте алады;
- мейіргер науқасты қарап шығып, оның жағдайын бағалауы қажет;
- аға медбикеге хабарлау керек;
- түсініктеме хат жазғанда не болғанын, қателіктің қалай анықталғанын тура баяндау керек.
- бөлімшеде осы жағдайға талдау жүргізіп, кешенді шаралар әзірлеу керек.

Дәрілік ем жүргізу кезіндегі қателіктердің алдын-алу үшін арнайы анықтамалық материалдарды, яғни стандарттарды, препараттарды қолдану ережелерін, нұсқаулықтарды қолдану қажет. Анықтамалық материалдар жас мамандарға жұмыс орнында тез бейімделуге көмектеседі әрі тәжірибелік қызметкерлер күмәнданған сәтте деректерді қайта тексере алады. Дәрілік қауіпсіздікті сақтау үшін мейірбикелерді жұмыс орындарында жаңа дәрілік препараттарды алу кезінде оқытуға ерекше назар бөлінуге тиіс.

Мейіргердің міндеті дәрілік затты енгізу қауіпсіздігін қамтамасыз ету. Мейіргерлер науқастарды қорғау үшін фармакологияны жақсы білуге, егу техникасын меңгеруге және өз тәжірибесін тұрақты байытуға міндетті.

Патронаждық қызметті дамытудың жетістіктері

Патронаждық қызмет үйде көрсетілетін медициналық көмектің сапасын жақсарту арнайы күтімді қажет ететін отбасыларға барып, жеке жұмыс жасауды көздейді. Қазақстандағы мейіргерлік қызмет жүйесін айтарлықтай мәнді реформалар күтіп тұр. Мейіргерлерге дәрігер өкілеттіліктерінің бір бөлігі берілмекші. Осылайша денсаулық сақтау жүйесінде дәрігерлерді оларға тән емес жұмыстан іс-жүзінде орта медициналық қызметкердің құзыретіне кіретін жұмыстан босату жоспарланып отыр. Мейіргер барлық тексеріс зерттеулерді толықтай жүргізіп, анализдрді талдай алады және осының нәтижесінде науқастарды қажетті маман дәрігерлердің қарауына арнайы іріктей алады. Бүгінгі күні бұл жүйе бірқатар емханаларға енгізілген. Мейіргер талдамалардың нәтижелерін көре отырып, науқастың өзін –өзі сезіну жағдайын, неге назар аудару керектігін, оны қандай дәрігерге жіберу керек екендігін дербес анықтай алады.

Қазіргі кезде мейіргерлер дәрігердің келесі функцияларын өз бетімен орындайды:

- жүкті әйелдердың және босанғаннан кейінгі жағдайдағы патронаж;
- 1 жасқа дейінгі сау балалардың патронажы;
- жұқпалы аурулардың ошағын бақылау;
- екпелерді жоспарлау;
- ауруханадан шыққан науқасты белсенді бақылау;
- жедел-жәрдем активтеріне қызмет көрсету;
- диспансерлік науқастарды қабылдау.

Медициналық көмек көрсету кезінде мейіргер өзінің жеке дағдыларын, қатынас түрлерін пайдалана отырып, науқастың денсаулығына қатысты кейбір мәселелерді нәтижелі шешуге мүмкіндік алды. Мейіргерлер тұрғындардың активті дәрігерлік тексерілуі, сырқатты дер кезінде табу, денсаулығын бағалау, лабораториялық- диагностикалық тексерулерден өткізу, емдеу-сауықтыру секілді шараларын қадағалайды [6].

Қорытынды

Тұрғындарға медициналық көмек сапасын үздіксіз жоғарылатуды қамтамасыз ету, тұрғындардың денсаулығын нығайту және сақтау мейіргер қызметінің негізі болып саналады. Елімізде мейіргер ісі екпінді түрде дамып келеді. Мейіргердің жұмысын ұйымдастырудың заманауи әдістемелерін қолдану мен дәлелдемелі медицинаға сай тәжірибені қамтитын зерттеулерді жүргізу қажеттілігі орын алуда. Денсаулық сақтау жүйесінің дамуымен тұрғындарға медициналық қызмет көрсету

сапасын арттырудағы мейіргерлердің кәсіптік үлесі мойындалды. Қоғамда аурулардың біріншілікті профилактикасы, еңбек шарттарының қолайлылығын жақсартуға ат салысу, экологиялық ортаның сапасын жақсарту, ана-әйел өмір-салтын жетілдіру және олардың денсаулықтарын нығайту, тұрғындарды гигиеналық тәрбиелеу, дұрыс тамақтандыруды ұйымдастыру – осының барлығы бүгінгі күні мейіргердің үлесіне тиесілі болып отыр.

Әдебиеттер

1. Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2019 года: утв. Министром здравоохранения Республики Казахстан 6 декабря 2016 года.

Kompleksnyj plan razvitija sestriuskiogo dela v Respublike Kazahstan do 2019 goda (Comprehensive plan for the development of nursing in the Republic of Kazakhstan until 2019) [in Russian]: utv. Ministrom zdravooohranenija Respubliki Kazahstan 6 dekabryia 2016 goda.

2. Власов В.В. Безопасность пациентов. Международный журнал медицинской практики. 2014.- С. 67-70.

Vlasov V.V. Bezopastnost' pacientov (The safety of patients.) [in Russian]. Mezhdunarodnyj zhurnal medicinskoj praktiki. 2014: 67-70.

3. World health assembly. WHA 55, Report of the Director-General 2001, 2002: 47 p.

4. Dlugacz YD, Stier L. More quality bang for your healthcare buck //Journal of nursing care quality. 2005; 20(2): 174-181.

5. Чмелева В.В., Камынина Н.Н., Анохина Ю.В. Контроль и оценка качества работы медицинских сестер в многопрофильном стационаре на примере работы палатной медицинской сестры //Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – №. 12. – С. 42-49.

Chmeleva VV, Kamynina NN, Anohina Ju.V. Kontrol' i ocenka kachestva raboty medicinskih sester v mnogoprofil'nom stacionare na primere raboty palatnoj medicinskoj sestry (Monitoring and evaluation of the quality of nurses' work in a multidisciplinary hospital based on the example of a nursing nurse) [in Russian]. Problemy standartizacii v zdravooohranenii. 2007; 12: 42-49.

6. Мельникова И.С. Почему ошибаются медицинские сестры? Главный врач 2014.-№.- С.15-18.

Mel'nikova I.S. Pochemu oshibajutsja medicinskie sestry? (Why are nurses wrong?) [in Russian]. Glavnyj vrach 2014; 3:15-18.

7. Kalliath T, Morris R. Job satisfaction among nurses: a predictor of burnout levels. Journal of nursing administration. 2002; 32(12): 648-654.

8. Bournes D.A, Ferguson-Paré M. Human becoming and 80/20: an innovative professional development model for nurses. Nursing Science Quarterly. 2007; 20(3): C. 237-253.

9. Malila FM, Von Reuden KT. The impact of collaboration on patient outcomes. J Clin Syst Manage. 2002; 4(5): 10-12.

10. Крюков А.Е., Авхименко М. М., Гаврюченков Д. В. Проблемы безопасности пациентов: ошибки медсестер и дефицит ухода // Медицинская сестра. – 2015. – №. 2. – С. 9-13.

Krjukov AE, Avhimenko MM, Gavrjuchenkov DV. Problemy bezopasnosti pacientov: oshibki medsester i deficit uhoda (Patient Safety Issues: Nursing Mistakes and Nursing Deficits) [in Russian]. Medicinskaja sestra. 2015; 2: 9-13.

11. Гаванде А. Чек-лист. Как избежать глупых ошибок, ведущих к фатальным последствиям //М.: Аль--пина Паблишер. – 2014.- 202 с.

Gavande A. Chek list. Kak izbezhat' glupyh oshibok, vedushhih k fatal'nym posledstvijam (How to avoid stupid mistakes leading to fatal consequences) [in Russian]. М.: Al' -pina Pablisher. 2014: 202 p.

12. Обуховец ТП. Чернова ОВ. Основы сестринского дела. Учебное пособие: Феникс, Москва.- 2017.- 768 с.

Obuhovec TP. Chernova OV. Osnovy sestrinskogo dela (Basics of Nursing) [in Russian]. Uchebnoe posobie: Feniks, Moskva. 2017: 768 p.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

TRANSLATING RESEARCH INTO PRACTICE

Diana Hankey Underwood

*Executive Director of Grace Anatomy Inc., Women's Health Nurse Practitioner,
University of Michigan, USA*

Abstract

Consequences of incontinence in adults as well as physical cause psychological discomfort. Loss of this ability can also lead to depression and anger. Due to this fact the mood is impaired and general physical or emotional personal integrity is lost.

The article is dedicated to the delicate disorder of incontinence in adults. Author presented a review article. She emphasized the importance of nursing process in treating of this disorder. Also the author said about importance of research outcomes using in the middle grade medical staff practice. She gave general recommendations in treating of incontinence.

Key words: incontinence, social, physical or emotional personal integrity, nursing care at incontinence.

Зерттеуден тәжірибелік жұмысқа дейін

Тұжырымдама

Адамдарда дәретті ұстай алмаудың нәтижесінде физикалық қана емес, сонымен қатар психологиялық ыңғайсыздық туындайды. Осы жағдайды бақылау қасиетін жоғалту науқаста күйзеліспен ашушаңдықтың туындауына әкеледі. Нәтижесінде оның көңіл-күйі төмендеп, тұлғаның жалпы физикалық-эмоционалды бірегейлігі жоғалады.

Мақала адамдардың дәретін қадағалай алмауы деген нәзік тақырыпты қозғайды. Автор осы тақырыптағы әдебиет көздерін шолып, науқастардың дәретін ұстай алмауындағы мейіргерлік процестің маңызын талқылайды. Сонымен қатар, аталмыш тақырыптағы зерттеулердің нәтижелерін мейіргерлердің күнделікті тәжірибесінде кеңірек қолдану қажеттілігін ашып айтып, жалпы ұсыныстар береді.

Кілтті сөздер: дәретті ұстай алмау, тұлғаның эмоционалды, физикалық және елеуметтік бірегейлігі, дәретті ұстай алмаудағы мейіргерлік күтім.

От исследования до практической деятельности

Резюме

Последствия недержания, наряду с физическим, вызывают и психологический дискомфорт. Потеря способности контролировать данное состояние может привести к депрессии и даже к злости. Вследствие этого портится настроение и теряются общие физическая и эмоциональная целостность личности.

Статья посвящена деликатной проблеме недержания у людей. Автор представил обзор по данной теме и подчеркнул значимость сестринского процесса при недержании у пациентов. Также автором подчеркнута важность использования результатов

исследований по этой теме в практике среднего медицинского персонала, даны рекомендации для применения.

Ключевые слова: недержание, социальная, физическая и эмоциональная целостность личности, сестринский уход при недержании.

УДК 616.6; 614.2

Received: 15.06.2018

Accepted: 18.06.2018

Corresponding author: Diana Hankey Underwood, Master of Science in Parent-Child Nursing, the University of Michigan, Women's Health Nurse Practitioner – BC, CRNP, Director of Grace Anatomy, Inc., University of Michigan, USA

Address: 500 S. State Street, Ann Arbor, MI 48109 USA

Phone: +1 (734) 347 7641

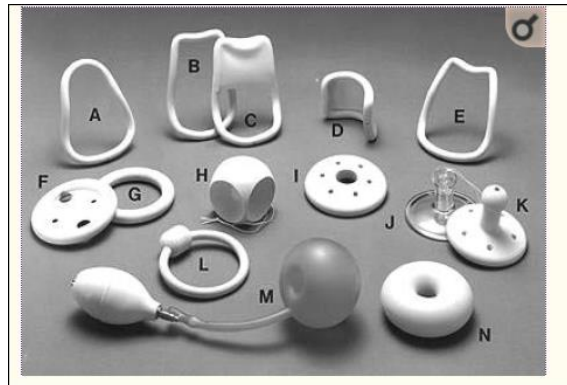
E-mail: diana@graceanatomy.org

Translating research into practice is more than selecting an area we like to study and learning new things. It must also mean researching the things that patients need to have addressed. Many diseases and medications impact bladder and bowel health and yet addressing these issues has received minimal time in nurses training. Research, for example, has documented that incontinence is extremely common.

Prevalence of incontinence in the general population of females reported in 13 different studies was 20 - 30 % in young, 30- 40% in middle aged adults, and 30-50% in the elderly [1]. Urinary incontinence as well as fecal incontinence (often bloody) is common after prostate surgery and radiation with rates as high as 66% for urinary and 36% for bowel issues, yet men are even less prepared for this [2].

Prevalence is higher in nurses all over the world. In Chinese nurses- almost three quarters of female nurses had at least one lower urinary tract symptom, and nearly half had incontinence [3]. Delayed voiding, considered an unhealthy toileting behavior, is common among nurses all over the world. In Taiwan- 50% of young (≤ 35 years) nulliparous nurses had lower urinary tract symptoms. In Australia- the incidence of incontinence to be 68.5% and 4.4% experienced "severe or very severe" symptoms and these problems were associated with intention to quit nursing [4].

Cultural taboos can help maintain a stable society, but stigma around incontinence is detrimental to society, and shame is the wrong reaction even though it is a very common reaction [5]. Anxiety is caused by the fear of loss of social, physical or emotional personal integrity. Successful interactions in society promote ideals of being in control and clean. Loss of this ability can also lead to depression and anger. So nurses struggle with incontinence and they treat patients with incontinence, but are primarily educated in methods to practice cleaning, containing and concealing



incontinence. As they have not been taught differently, many have discouraging beliefs about incontinence being an intractable and undignified condition [6]. More education about current research on the best incontinence assessments, and management techniques are due. Translating that research into practice for our patients and ourselves is crucial [7].

Nurses can assist patients by reducing shaming comments and questions. We may realize that by asking a patient a question worded, «How often do you have accidents?» we are bringing to the forefront that the patient is «losing control» and we are using words that we use about children who have not yet mastered toileting. Wording the question to allow the patient to own an adult message is preferable. For example we could ask, «How have you been managing this situation so far»? No matter what they answer, they are grown-ups working on a problem. Even if they answer, «I have been ignoring it» they are making a choice to ignore it, and we can ask them to change that choice. We can educate our patients on the risks of leaving incontinence untreated.

Incontinence is implicated in several costly medical problems such as increased falling due to urgency to get to toilet, skin breakdown, which is quite difficult to treat in this area, and isolation and loneliness.

Figure 1 - Auxiliary materials for non-invasive incontinence treatments

Вспомогательные материалы для лечения

There are in fact, several non-invasive methods of treatment, as well as various surgeries which can be curative, or improve the condition significantly. Timed Voiding, a strategy taught by nurses created a 60% improvement in most groups. Other non-invasive treatments include: Pelvic floor exercises - Kegels & Rolls; Biofeedback; Weighted Cones; Diet Modifications; Medications; Lifestyle Modifications or Medication Routines; Bladder Training Electrical Stimulation and the use of Pessaries – which have been used since ancient times, and work surprisingly well. They are made of silicone

Patient Name: _____ Date: _____													
This diary will help your provider understand your troubles and help him or her work with you to find the best solutions for you. Please be as thorough as possible.													
Time	Input		Urine Output & Habit			Did you get to the bathroom on time?		Activity	Medicine	Time			
Time	Drinks		Toilet breaks			Oops		Urge	Gas Leak	Bowel Movement	Activity	List Your Meds & Notes from Back of Sheet	Time
	What kind?	How Much?	How many times?	How much? Circle	Urine Leaking How much?	Did you feel a strong urge to go?	gas leak check	X if BM in toilet 0 if missed					
Sample	coffee	2 cups	✓	(sm) md lg	(sm) lg	(yes) no			sneezing	med 2 & 5			
6-7 a.m.				sm md lg	sm lg	yes no							6-7 a.m.
7-8 a.m.				sm md lg	sm lg	yes no							7-8 a.m.
8-9 a.m.				sm md lg	sm lg	yes no							8-9 a.m.
9-10 a.m.				sm md lg	sm lg	yes no							9-10 a.m.
10-11 a.m.				sm md lg	sm lg	yes no							10-11 a.m.
11-12 noon				sm md lg	sm lg	yes no							11-12 noon
12-1 p.m.				sm md lg	sm lg	yes no							noon-1 p.m.
1-2 p.m.				sm md lg	sm lg	yes no							1-2 p.m.
2-3 p.m.				sm md lg	sm lg	yes no							2-3 p.m.
3-4 p.m.				sm md lg	sm lg	yes no							3-4 p.m.
4-5 p.m.				sm md lg	sm lg	yes no							4-5 p.m.
5-6 p.m.				sm md lg	sm lg	yes no							5-6 p.m.
6-7 p.m.				sm md lg	sm lg	yes no							6-7 p.m.
7-8 p.m.				sm md lg	sm lg	yes no							7-8 p.m.
8-9 p.m.				sm md lg	sm lg	yes no							8-9 p.m.
9-10 p.m.				sm md lg	sm lg	yes no							9-10 p.m.
11-midnt				sm md lg	sm lg	yes no							11-midnt
12-1 am				sm md lg	sm lg	yes no							midnight-1 am
1-2 a.m.				sm md lg	sm lg	yes no							1-2 a.m.
2-3 a.m.				sm md lg	sm lg	yes no							2-3 a.m.
3-4 a.m.				sm md lg	sm lg	yes no							3-4 a.m.
4-5 a.m.				sm md lg	sm lg	yes no							4-5 a.m.
5-6 a.m.				sm md lg	sm lg	yes no							5-6 a.m.

Adapted for Grace Anatomy, Inc. from NIDDK - NKUDIC for ease of home use for a 24 hour period by Diana Hankey Underwood, MS, RNC, NP copyright 10-06

and some are designed to stay in place during sex, others are designed to come out just like contact lenses [8, 9].

Nurses can help patients improve their quality of life by acknowledging that patients are stressed by the practical daily aspects of how to stay clean, the emotional aspects of embarrassment and anxiety, loss of a sense of independence; issues of femininity and masculinity, the mental aspects of confusion over who to tell and when, and how to continue to have a normal life are draining. Angry patients are often the ones who are trying to hide something they feel embarrassed about.

Nurses may feel guilty to add to this by asking the patients to fill out a good symptom diary, but when they are well made it can help the patient feel like they are

doing something constructive, it can help them realize they are not the only one with this problem, and it can provide them with hope. A diary that is well filled out may help a physician diagnose multiple sclerosis or uncover that patients are inconsistently taking heart medication to avoid social embarrassment, and with the nurses guidance, proper treatment may prevent a catastrophic fall. See figure 2.

Figure 2 – The diary of symptoms for patients

A good symptom diary or history includes information about what kinds of fluids and in what quantities they are consumed. How often and how large are urine voids and does the patient feel the urge to go. Is the patient bothered by the escaping of gas, at what time do bowel movements occur and of quality are they. The Bristol Stool Scale is used to educate patients about what is healthiest (#4) and is useful in allowing patients to describe without using words, what their habits are [10]. This author has had many patients describe #1 followed by #7 in the same event, and this is actually a common theme in women with rectocele. Simply asking if they had a bowel movement would remove the potential for helping, and this is a very troublesome problem that can often be completely remedied without surgery. What kinds of activities are normally occurring and what activities are associated with incontinence.

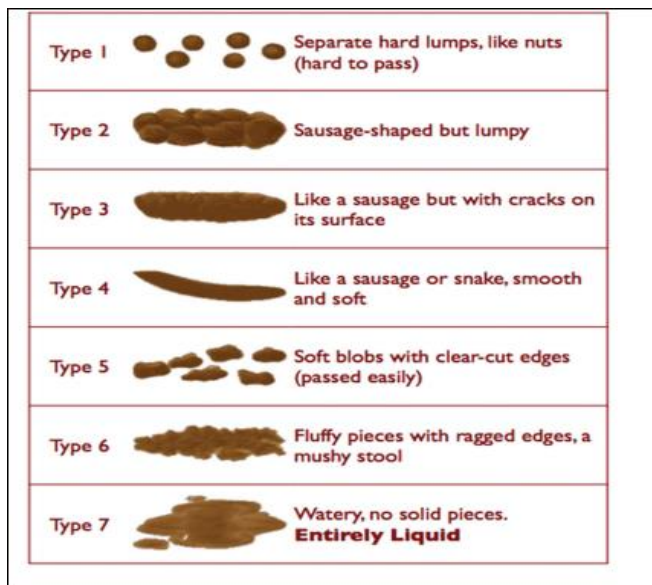


Figure 3 - Bristol Stool Scale

Lastly it is very important to know what kind of medications are taken and when. It is very common to find older patients declining heart medications because they cause the patient to use the toilet excessively during a socially important time (their favorite TV

show, while eating supper, during a religious service time etc.). Adjusting the timing of medications may help them take the medication and maintain important social connections.

References

1. Hagan Kaitlin A. et al. A Prospective Study of the Natural History of Urinary Incontinence in Women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2018; 218(5): 502.e1–502.e8.
2. O’Connell B, Baker L, Munro I. The nature and impact of incontinence in men who have undergone prostate surgery and implications for nursing practice. *Contemporary nurse*. 2007; 24(1): 65-78.
3. Wan X, Wu C, Xu D, Huang L, Wang K. Toileting behaviours and lower urinary tract symptoms among female nurses: A cross-sectional questionnaire survey // *International journal of nursing studies*. 2017; 65: 1-7.
4. Pierce H, Perry L, Gallagher R, Chiarelli P. Urinary incontinence, work, and intention to leave current job: A cross sectional survey of the Australian nursing and midwifery workforce. *Neurourology and urodynamics*. 2017; 36(7): 1876-1883.
5. Elbiss HM., Osman N, Hammad FT. Social impact and healthcare-seeking behavior among women with urinary incontinence in the United Arab Emirates. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2013; 122(2): 136-139.
6. Ostaszkievicz J., Tomlinson E., Hutchinson A. M. “Dignity”: A central construct in nursing home staff understandings of quality continence care. *Journal of clinical nursing*. 2018; 27(11-12): 2425–2437.
7. Colborne Marnie and Sherry Dahlke. Nurses’ Perceptions and Management of Urinary Incontinence in Hospitalized Older Adults: An Integrative Review. *Journal of Gerontological Nursing*. 2017; 43(10): 46-55.
8. Lamers BHC, Broekman BMW, Milani AL. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. *International urogynecology journal*. 2011; 22(6): 637.
9. Jones KA, Harmanli O. Pessary use in pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*. 2010; 3 (1): 3-9.
10. Chumpitazi BP, Self MM, Czyzewski DI, Cejka S. et al. Bristol Stool Form Scale reliability and agreement decreases when determining Rome III stool form designations. *Neurogastroenterology & Motility*. 2016; 28(3): 443-448.

ROLE OF A NARROW PROFESSIONAL FIELD NURSE IN DISEASE MANAGEMENT WITH DISSEMINATED SCLEROSIS

Kozhakanov S.T.

Medical University of Astana, Assistant of the Department of Neuropathology with a course of psychiatry and narcology, Astana, Kazakhstan

Abstract

The social and economic importance of disseminated sclerosis is conditioned by high rates of incidence and prevalence, a high incidence of disability of patients of working age.

The article is devoted to the role of a nurse in the management of patients with disseminated sclerosis.

Key words: disseminated sclerosis, nursing care, Kazakhstan

Шашыраңқы склерозы бар науқастарды жүргізудегі мамандандырылған мейіргердің рөлі

Тұжырымдама

Шашыраңқы склероздың әлеуметтік-экономикалық маңызы онымен аурушаңдықтың жоғары көрсеткіштеріне, аурудың кең таралуы мен еңбекке қабілетті жастағы науқастардың арасындағы мүгедектіктің жиі кездесуіне байланысты.

Мақала шашыраңқы склерозы бар науқастарды жүргізудегі мамандандырылған мейіргердің рөлін талқылауға арналған.

Кілтті сөздер: шашыраңқы склероз, мейіргерлік күтім, Қазақстан

Роль медицинской сестры узкого профиля в ведении больных с рассеянным склерозом

Резюме

Социально-экономическое значение рассеянного склероза обусловлено высокими показателями заболеваемости и распространённости, высоким процентом инвалидизации пациентов трудоспособного возраста.

Статья посвящена роли медицинской сестры в ведении больных с рассеянным склерозом.

Ключевые слова: рассеянный склероз, сестринский уход, Казахстан

УДК 616.8; 616-036.82/.85

Recieved: 02.05.2018

Accepted: 22.05.2018

Corresponding author: Kozhakanov Sayran, Assistant of the Department of Neuropathology with a course of psychiatry and narcology of the Medical University of Astana, Kazakhstan

Address: Beybitshilik str, 49 A, Astana, Kazakhstan

Phone: + 7 701 109 33 211

E-mail: k_sairan@mail.ru

Введение

Рассеянный склероз (РС) представляя собой длительное, пожизненное заболевание, которое затрагивает повседневную активность, карьеру и семейную жизнь человека, а также требует длительного непрерывного лечения. Социально-экономическое значение заболевания обусловлено высокими показателями заболеваемости и распространенности, высоким процентом инвалидизации пациентов трудоспособного возраста [1].

Известно, что РС является одним из самых «дорогостоящих» заболеваний нервной системы. Анализ экономических расходов, а именно прямых и непрямых затрат, связанных с РС, продемонстрировал, что средняя «стоимость» заболевания в разных странах мира на одного больного в год составляет около 40 тыс. долларов США, включая медицинские и немедицинские расходы [2,3].

В течение последних 2-х десятилетий достигнуты впечатляющие успехи в области изучения этиологии, патогенеза РС, внедрены в клиническую практику новые диагностические методы, способствующие выявлению новых случаев заболевания при малосимптомном течении, предложены новые методы иммуномодулирующей терапии, в значительной степени изменившие течение РС в сторону улучшения долгосрочного прогноза [4,5,6].

Вопросы терапии РС

Основные цели лечения пациентов с РС – замедление развития инвалидизации и уменьшение ее тяжести. Лечение РС включает в себя лечение обострений (гормональная терапия, плазмаферез), ослабление прогрессирования заболевания с помощью иммуномодулирующих и иммуносупрессивных препаратов, а также симптоматическое лечение и реабилитацию [7,6]. Эффективность лечения оценивается на основании уменьшения скорости прогрессирования тяжести основных проявлений (с использованием шкалы EDSS), частоты и тяжести обострений, данных МРТ (появление новых очагов демиелинизации в головном и спинном мозге, атрофия коры и спинного мозга) [8, 9, 10].

Появление препаратов, изменяющих течение РС (ПИТРС) в середине 1990-х годов ознаменовало бурный прорыв в понимании и управлении рассеянным склерозом. При поддержке магнитно-резонансной томографии улучшилась ранняя диагностика заболевания, что, в свою очередь, позволило начинать патогенетическую терапию уже во время первой клинической атаки [11, 12, 13].

Первыми препаратами из группы ПИТРС, введенные в клиническую практику в 1990 - х годах, стали препараты интерферонов бета-1b и бета-1a и глатирамера ацетат (копаксон). Их эффективность в отношении снижения скорости прогрессирования заболевания и замедления инвалидизации показана в нескольких исследованиях [14, 15]. Данные препараты применяются длительное время путем подкожных инъекций, которыми со временем овладевают сами пациенты при поддержке медицинского персонала. Для облегчения проведения парентеральной процедуры разработаны различные инъекторы. В Казахстане данные препараты внедрены поэтапно, начиная с 2008 г. Терапия ПИТРС осуществляется при государственной поддержке и охватывает большую половину заболевших.

Краткая характеристика препаратов

Интерферон бета-1b - негликозилированный белок, продуцируемый *Escherichia coli*, содержащей рекомбинантный ген INFb. В молекуле INFбета1b на 17-й позиции серии заменен цистеином, что обеспечивает ее стабильность. Доказана клиническая эффективность INF-бета 1b в лечении рассеянного склероза, проявившаяся в снижении частоты и тяжести обострений и показателей инвалидизации. По результатам исследования BENEFIT назначение IFN-1b в

раннем периоде снизил риск второго рецидива на 50% в течение 2-х летнего наблюдения [16].

Интерферон-бета1а - гликозилированный рекомбинантный интерферон с полной аминокислотной последовательностью, продуцируемый клетками яичников китайских хомячков. В клиническом испытании, оценивавшем эффективность INFb1a и его способность замедлять прогрессирование неврологического дефекта, в качестве основных показателей исхода использовались время, в течение которого происходит снижение оценки по EDSS на 1 балл, и частота обострений. В исследовании REFLEX было показано, что при применении ребиф в дозе 44 мкг/сут. к концу 2-го года лечения у 52% больных удалось снизить риск развития рецидива [17]. Измерение числа и объема очагов, контрастируемых гадолинием, но не общего объема поражения на T2-взвешенных изображениях выявило достоверное снижение этих показателей у больных, лечившихся INF-b1a. В исследовании CHAMPS применение INF-b1a (авонекс в дозе 30 мг) позволило снизить риск повторного обострения на 55 % [18]. Побочные эффекты INF-b1a аналогичны тем, что отмечались и при применении INFбета1b, и включали головную боль, гриппоподобные симптомы, мышечные боли, лихорадку, астению и озноб, но легко купировались применением парацетамола. В последнее время сообщаются о некотором положительном эффекте препарата при прогрессирующем течении РС и о замедлении развития достоверного РС у больных перенесших клинически изолированный синдром (КИС), проявившегося невритом зрительного нерва, миелитом, стволово-мозжечковой симптоматикой.

По данным длительного непрерывного проспективного исследования, использование копаксона в дозе 20 мг приводит к уменьшению частоты обострений уже в течение 1-го года от начала терапии, статистически значимому снижению среднего балла инвалидизации, а его назначение при КИС, по данным исследования PreCIS [19, 20, 21], снижает риск развития достоверного РС на 44% [22, 23]. Основные клинические исследования по применению копаксона в дозе 40 мг, такие как, GALA, GLACIER, CONFEDENCE доказали эффективность уровня А, высокую степень безопасности и низкую частоту нежелательных явлений. Статистически значимых различий эффективности препаратов интерферона и копаксона, по данным исследований REGARD и BECOME, не выявлено [12].

Новые препараты в лечении РС

Альтернативными препаратами нового поколения являются финголимод (гилениа) и натализумаб (тизабри). Финголимод является модулятором сфингозин-1-фосфатных рецепторов и снижает проникновение лимфоцитов в ЦНС и выраженность воспалительных реакций. В исследовании FREEDOMS показано статистически значимое преимущество препарата над плацебо в отношении снижения частоты обострений на 60 и 54%. По данным исследования TRANSFORMS, финголимод в дозе 0,5 и 1 мг/сут снижает число обострений по сравнению с авонексом на 38 и 52% соответственно [24]. Натализумаб – рекомбинатный препарат, представляющий собой моноклональные антитела к молекулам клеточной адгезии. Он связывается с альфа-субъединицей, относящийся к альфа - 4-бета 1-интегрину и предотвращает адгезию лейкоцитов к молекуле адгезии клеток сосудов на эндотелии, препятствующей миграции иммунных клеток в центральную нервную систему. Именно этот терапевтический эффект был лицензирован в 2004г в США и предложен FDA, к применению в США и Европе в качестве монотерапии РС (только при неэффективности иммуномодулирующей терапии первой линии) [15].

Среди иммуносупрессантов для лечения РС применяется препарат митоксантрон, назначаемый при прогрессирующих формах заболевания и неэффективности терапии первой линии [25]. Продолжается изучение эффективности большого количества других препаратов (алемтузумаб, диметил фумарат, лаквинимод, терифлуномид, ритуксимаб и другие) [26, 13, 12]. В частности эффективность терифлунамида (Aubagio) была подтверждена в клиническом исследовании TOWER с участием 1169 пациентов с РС в возрастном диапазоне от 18 до 55 лет, FDA одобрило препарат для применения per os один раз в сутки, разрешен в странах Европы (ЕС), Северной Америке.

По препарату Текфидера (BG-12), (диметил фумарат) проведены исследования DEFINE, CONFIRM, EXPLORE, одобрен FDA в качестве препарата для лечения ремиттирующего РС в марте 2013 года (США, Канада и Австралия) [27]. Рекомендован к пероральному применению с кратностью два или три раза в день.

Исследование ADVANCE, фаза III, в течение 2-х лет посвящено оценке эффективности и переносимости препарата Плегриди (пегилированный интерферон бета-1а). Новая молекулярная форма позволяет продлить срок

действия препарата, тем самым снижая частоту инъекций. Одобрен FDA и Европейским агентством по лекарственным препаратам (EMA).

Задачи медицинской сестры

Говоря об эффективности и безопасности ПИТРС нельзя недооценить роль медицинской сестры в оказании мультидисциплинарной помощи данной категории больных. Медицинская сестра, специализированная по вопросам РС является надежным помощником как врача так и пациента по всем аспектам РС [28]. В практической медицине роль медицинской сестры заключается в проведении инъекции ПИТРС и обучении самих пациентов способам введения этих препаратов, мониторинговании побочных эффектов, контроле и распознавании нежелательных симптомов, проведении и обучении способов купирования нежелательных эффектов. Помимо этого медицинская сестра – первая инстанция обращения больных с верифицированным диагнозом РС при появлении новых признаков заболевания или возникновении вопросов по различным жизненным аспектам, таким как семейные вопросы, образование, организация рабочего места, трудоустройство, вождение автомобиля и т.д. Тем самым медицинские сестры помогают пациентам справиться с медико-социальными проблемами РС, обеспечивая связь с другими службами мультидисциплинарной бригады, включая неврологов, физиотерапевтов, семейных врачей, урологов, диетологов, эрготерапевтов, логопедов, социальных работников, психологов и других.

Выводы

При верификации диагноза РС основные вопросы, волнующие пациентов, связаны с длительностью заболевания, средней продолжительностью жизни, наследованием болезни, планированием семьи, изменениями образа жизни, труда, и, конечно же, своевременной диагностики и лечения заболевания, в осуществлении которого трудно недооценить роль мультидисциплинарной бригады.

Литература

1. Ma VY., Chan L, Carruthers KJ. et al. Incidence, prevalence, costs, and impact on disability of common conditions requiring rehabilitation in the United States: stroke, spinal cord injury, traumatic brain injury, multiple sclerosis, osteoarthritis, rheumatoid arthritis, limb loss, and back pain. Arch Phys Med Rehabil. 2014; 95(5): 986-995.

2. Sormani MP, Bruzzi P. Can we measure long-term treatment effects in multiple sclerosis? *Nat Rev Neurol*. 2014; 11(3) 176.
3. Miller DH, Leary SM. Primary-progressive multiple sclerosis. *Lancet Neurol*. 2007; 6(10): 903-912.
4. Miljković D, Spasojević I. Multiple sclerosis: molecular mechanisms and therapeutic opportunities. *Antioxid Redox Signal*. 2013; 19(18): 2286-2334.
5. Carrithers MD. Update on Disease-Modifying Treatments for Multiple Sclerosis. *Clin Ther*. 2014; 36(12):1938-1945.
6. Toosy A, Ciccarelli O, Thompson A. Symptomatic treatment and management of multiple sclerosis. *Handb Clin Neurol*. 2014; 122: 513-562.
7. Uitdehaag BM. Clinical outcome measures in multiple sclerosis. *Handb Clin Neurol*. 2014; 122: 393-404.
8. Sormani M, Muraro P, Schiavetti I, Signori A. et al. Autologous hematopoietic stem cell transplantation in multiple sclerosis: A metaanalysis. *Neurology*. 2017; 88 (22): 2115-2122.
9. Cutter G, Kappos L. Clinical trials in multiple sclerosis. *Handb Clin Neurol*. 2014; 122: 445-453.
10. Sorensen P.S. New management algorithms in multiple sclerosis. *Current opinion in neurology*. 2014; 27(3): 246-259.
11. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз // М.: МЕД пресс-информ, 2012. - 272 с.
- Shmidt TE., Jahno NN. Rassejannyj skleroz (Multiple sclerosis) [in Russian]. M.: MED press-inform. 2012: 272 p.
12. Okuda D.T. Immunosuppressive treatments in multiple sclerosis. *Handb Clin Neurol*. 2014; 122: 503-511.
13. Minagar A. Current and future therapies for multiple sclerosis. *Scientifica (Cairo)*. 2013; 2013: 249101.
14. Kasper LH, Reder AT. Immunomodulatory activity of interferon-beta. *Ann Clin Transl Neurol*. 2014; 1(8): 622-631.
15. Ozura A, Segal S. Adherence to disease-modifying therapies and attitudes regarding disease in patients with multiple sclerosis. *Clin. Neurol Neurosurg* 2013; 115: S6-S11.
16. Jacobs LD, Victor M. Multiple sclerosis in a primary care setting: Employing Strategies for Early Diagnosis & Improved Patient Outcomes. *Neurology Engl J Med* 2000; 343: 898-904.
17. O'Connor PW, Oh J. Disease-modifying agents in multiple sclerosis. *Handb Clin Neurol*. 2014; 122: 465-501.

18. Kappos L, Freedman MS, Polman CH. Long-term effect of early treatment with interferon beta-1b after a first clinical event suggestive of multiple sclerosis: 5-year active treatment extension of the phase 3 BENEFIT trial. *Lancet Neurol.* 2009; 8: 987-997.

19. Kinkel RP, Kollman C, O'Connor P. et al. IM interferon beta-1a delays definite multiple sclerosis 5 years after a first demyelinating event. *Neurology.* 2006; 66: 678-684.

20. Comi G., Miller DH, Weber T. Fingolimod for relapsing remitting multiple sclerosis: a phase 2, randomized, double blind, placebo-controlled trial. *Mult. Scler.* 2005; 11: 420-424.

21. Comi G, Bruck W, Weddige A. The BETAPAEDIC Study: Assessment of Safety, Tolerability, Clinical Effectiveness and Cognition in Juvenile Relapsing Remitting MS Patients Treated With Interferon Beta-1b. *Lancet.* 2001; 357: 1576-1582.

22. Johnson KP, Brooks BR, Cohen JA. et al. Extended use of glatiramer acetate (Copaxone) is well tolerated and maintains its clinical effect on multiple sclerosis relapse rate and degree of disability. *Neurology.* 2001; 57: 46-53.

23. Comi G, Filippi M, Wolinsky JS. European/Canadian multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study of the effects of glatiramer acetate on magnetic resonance imaging-measured disease activity and burden in patients with relapsing multiple sclerosis. *Annals of Neurology.* 2001; 49(3): 290-297.

24. Brunkhorst R, Vutukuri R, Pfeilschifter W. Fingolimod for the treatment of neurological diseases-state of play and future perspectives. *Front Cell Neurosci.* 2014; 8: 283.

25. Cocco E, Marrosu MG. The current role of mitoxantrone in the treatment of multiple sclerosis. *Expert Rev Neurother.* 2014; 14(6): 607-616.

26. Tavazzi E, Rovaris M, La Mantia L. Drug therapy for multiple sclerosis. *CMAJ.* 2014; 186(11): 833-840.

27. Столяров И.Д., Бойко А.Н. Влияние нейродегенеративных изменений в головном мозге на формирование клинической картины заболевания у больных рассеянным склерозом // Бюллетень сибирской медицины. 2013.- №12(3).- С. 56-60.

Stoljarov I.D., Bojko A.N. Vlijanie nejrodegenerativnyh izmenenij v golovnom mozge na formirovanie klinicheskoj kartiny zabojevanija u bol'nyh rassejannym sklerozom (Influence of neurodegenerative changes in the brain on the formation of a clinical picture of the disease in patients with multiple sclerosis) [in Russian]. *Bjulleten' sibirskoj mediciny.* 2013; 12(3): 56-60.

28. Малик О., Донелли Э., Барнетт М. Рассеянный склероз // Практическая медицина, Москва.- 2015.- С.113-119.

Malik O, Donelli Je., Barnett M. Rassejannyj skleroz (Multiple sclerosis) [in Russian]. *Prakticheskaja medicina, Moskva.* 2015: 113-119.

РАЗВИТИЕ ПАТРОНАЖНОЙ СЛУЖБЫ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Мусина Г.А.

*КГП на ПХВ «Поликлиника №4 г. Павлодара», главная медицинская сестра,
Павлодар, Казахстан*

Введение. Основными целевыми показателями Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы является снижение младенческой и детской смертности. Патронаж - основным превентивным методом чрезвычайных ситуаций. На сегодняшний день развитие патронажной службы на уровне первичного звена является актуальным вопросом в Казахстане.

Целью исследования является разработка рекомендаций по развитию патронажной службы на уровне первичного звена на примере Поликлиники №4 г. Павлодара.

Материалы и методы. Изучение нормативно-правовой базы Республики Казахстан. Схема универсально-прогрессивной модели патронажа беременных, новорожденных и детей до 5 лет регламентируется приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 декабря 2017 года № 1027 «Об утверждении Стандарта организации оказания педиатрической помощи в Республике Казахстан».

Результаты. Данная модель была рекомендована Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) с целью выявления и снижения рисков медицинского или социального характера, угрожающих жизни, здоровью, развитию ребенка, а также уменьшения количества обязательных посещений в семье, не имеющих рисков. Согласно новой модели патронажного наблюдения существуют 2 подхода: универсальный и прогрессивный. Универсальное или обязательное патронажное наблюдение

предоставляется всем беременным женщинам и детям до 5 лет и состоит из 2 дородовых патронажей к беременной женщине (в сроки до 12 недель и 32 недели беременности) и 9 посещений к детям по Общей схеме наблюдения беременных, новорожденных и детей до 5 лет врачом/фельдшером и средним медицинским работником на дому и на приеме в медицинских организациях на уровне ПМСП. Прогрессивный подход предусматривает патронажное наблюдение беременных женщин и детей, у которых были выявлены риски медицинского или социального характера, представляющие угрозу для их жизни, здоровья, развития и безопасности по Схеме универсально-прогрессивной модели патронажа беременных и детей до 5 лет.

Для реализации патронажной службы в поликлинике № 4 г. Павлодара выполнены ряд задач. Сформирован список детей до года и 5 лет согласно регистру прикрепленного населения. Контроль за посещениями на дому осуществляется заведующими отделениями и старшими медицинскими сестрами. Во-вторых, подготовлен участковой сетью индивидуальный план мероприятий патронажного наблюдения, согласно приложению 4 к настоящему Стандарту. Хотелось бы отметить, роль социальных работников и психологов по оказанию помощи детям с группой риска. В-третьих, списки беременных женщин ставших на учет по беременности предоставляется гинекологическим отделением для осуществления дородового патронажа участковой службой. Проведен курс по ознакомлению важных вопросов патронажного наблюдения. Курс проводится координатором ИВБВДВ, врачами, медицинскими сестрами и социальным работником, прошедшими мастер-класс в г. Кызылорда, согласно разработанным учебным пособиям ЮНИСЕФ. По завершению курса будет организована аттестация под председательством главного врача.

Выводы. Медицинский работник в лице медицинской сестры может адекватно оценить социальные условия в семье и предотвратить насилие со стороны родителей по отношению к детям. Правильная организация патронажной службы даст возможность снизить младенческую и детскую смертность на территории поликлиники.

Ключевые слова: патронажная служба, универсально-прогрессивная модель патронажа, ПМСП, Казахстан.

РОЛЬ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ МЕДСЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Мукашева Э.К.

*Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней,
старшая медицинская сестра операционного блока, Алматы, Казахстан*

Внедрение современных технологий, совершенствование способов проведения операций с использованием высокотехнологического офтальмологического оборудования требует оказания высокотехнологических медицинских услуг (ВТМУ) пациентам с различной офтальмопатологией. Выполнение современных операций диктует необходимость квалифицированных действий бригады, в которой операционная медицинская сестра, являясь неотъемлемым помощником хирурга, играет очень важную роль: обеспечивает безопасность и комфортность оперативного вмешательства, несет ответственность за сохранность и исправность дорогостоящей аппаратуры.

Ежегодно в Казахском НИИ глазных болезней проводится около 10 000 операций (без учета лазерных), 92% которых составляют операции IV категории сложности и 1900 операций по ВТМУ, что составляет 41% от стационарной помощи. Стоит отметить, что пациенты нашей страны получают эту помощь в рамках бесплатного гарантированного объема медицинской помощи.

Все мероприятия по подготовке операционной к работе входят в обязанность операционной медсестры. В ее ведении находятся: операционная, предоперационная, автоклавная и материальная комнаты; инструментарий и подготовка его к операции; операционный и перевязочный материал и его приготовление; белье для операционной и его стерилизация; шовный материал; снабжение медикаментами, расходными материалами, применяемыми в операционной; подготовка микроскопов и операционных систем к операции.

Интраоперационный период охватывает время с момента перемещения пациента на операционный стол до перевода его в палату интенсивной терапии или в клиническое отделение. Операционная медсестра в этот период следит за укладкой пациента на операционный стол младшим медицинским персоналом,

сохранением стерильности до конца операции, подачей инструментария хирургу, является ассистентом хирурга при необходимости.

Внедрение современных офтальмологических технологий требует постоянного повышения профессионального уровня, все операционные медсестры в результате ротаций знают работу любого офтальмологического хирургического оборудования и этапов оперативного вмешательства, проводимого хирургом, что способствует слаженной работе операционного блока. Операционные сестры института периодически проходят циклы усовершенствования.

Выводы. Учитывая возрастающее усовершенствование и оснащенность операционного оборудования, сложность оперативного вмешательства в современных условиях роль операционной медсестры в оказании ВТМУ очень важна, так как требует высокой квалификации, знания хода операций и владение техникой работы на компьютеризированной аппаратуре, что обеспечивает безопасность, комфортность всего хирургического процесса.

Ключевые слова: операционная медицинская сестра, глазные болезни, высокотехнологичная медицинская помощь, Казахстан.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 614; 614.2

МЕЙІРБЕКЕЛЕРДІҢ НАУҚАСҚА БАҒЫТТАЛҒАН КҮТІМ ҰСТАНЫМЫН ҚОЛДАНУЫН ЗЕРТТЕУ

Шерхан А.Ү.¹, Сейдахметова А.А.², Қауызбай Ж.Ә.², Байдалиева М. Ғ.¹,
Сұлтанова Ж.С.³

¹ Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, «Мейіргер ісі»

мамандығының 2 – курс магистранты, Шымкент, Қазақстан

² Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, «Жедел медициналық көмек және мейіргер ісі» кафедрасының меңгерушісі, Шымкент, Қазақстан

³ Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, «Жедел медициналық көмек және мейіргер ісі» кафедрасының ассистенті, Шымкент, Қазақстан

Кіріспе. Паллиативті күтім мейіргері, әлеуметтік және психологиялық тұрғыдан алғанда, тек медициналық және профилактикалық іс-шаралармен шектелмейді, науқас пен оның отбасының күрделі мәселелерін шешуге де қатысады. Мұндай шешімдер қабылдау медбикенің моральдық күш-жігерін, тәжірибе мен білімді жұмылдыруды, науқас алдында жауапкершілік дәрежесін терең түсінуді, ол жұмыс істейтін мекеменің қызметкерлері, сайып келгенде, қоғам алдында жауапкершілікті талап етеді.

Зерттеудің мақсаты: мейірбикелердің паллиативті күтім бойынша науқасқа бағытталған күтім ұстанымын қолдануын зерттеу.

Материалдар мен әдістер. Зерттеуге Шымкент қаласы, Т.О.Орынбаев атындағы гипербариялық оксигенация орталығының Паллиативті көмек және мейірбикелік күтім бөлімшесіндегі 11 мейірбике қатысты. Зерттеу барысында бөлімше мейірбикелерінің паллиативті көмекке зәру науқастармен жұмыс жасау барысында науқасқа бағытталған күтім ұстанымымен: науқастың ыңғайлы отыруына мән беру, визуалды жанасу деңгейі, тұлға аралық қатынасудың дистанциясы, түсіндірме жұмысын жасау, кері байланыс жасау сияқты қатынастары анықталды.

Нәтижелері. Паллиативті көмек және мейірбикелік күтім бөлімшесіндегі мейірбикелердің арасында 1 мейірбике (9,1%) мән береді, 10 мейірбике (90,9%) науқастың ыңғайлы отырғанына мән бермейді.

Көзбен жанасу - вербальды емес қатынасу әдісі, басқа адам туралы біршама ақпарат жинауға мүмкіншілік береді. Қатынасу үстінде 11 мейірбикенің 2 (18,2%) мейірбике 3 секунд қарайды, 3 (27,3%) мейірбике 3 секундтан ұзақ қарайды, 6 (54,6%) мейірбике 3 секундтан аз қарайды.

Тұлға аралық қатынасудың дистанциясы бойынша егер науқас адамның өзінен сұхбаттасу қашықтығын таңдауға мүмкіншілік берсе, ол 2 метр қашықтықта орналасатыны анықталған. Тұлға аралық қатынасудың дистанциясы бойынша мейірбикелер 3 (27,3%) мейірбике 2 метр қашықтықты сақтаса, қалған 8 (72,7%) мейірбике 4 - 5 метр қашықтықта науқастармен қарым-қатынас жүргізе береді.

Ем шараны түсіндіру барысында 2 (18,2%) мейірбике түсіндірме жұмысын жүргізеді, 9 (81,8%) мейірбике түсіндірме жұмысын жүргізбейді.

Медицина қызметкерлерінің науқастармен кері байланыс жасау деңгейі бойынша: 2 (18,2%) мейірбике кері байланыс жасайды, ал 9 (81,8%) мейірбике кері байланыс жасамайды.

Қорытынды. Паллиативті көмек және мейірбикелік күтім бөлімшесіндегі мейірбикелердің паллиативті көмекке зәру науқастармен қарым-қатынас жасау деңгейі төмен деңгейде екендігі анықталды. Бөлімшедегі қызметкерлердің, соның ішінде, мейірбикелердің жұмыс істеу барысында жұмысының көп бөлігінде науқастармен қарым-қатынасқа түсетіндіктен, бөлімшедегі барлық мейірбикелер коммуникативті дағдыларды меңгеруі тиіс. Заманауи мейіргерлік тәжірибе, көрсетілетін медициналық көмектің сапасын арттыру, науқасқа бағытталған мейіргерлік күтім принциптерін дамытуды талап етеді. Науқасқа бағытталған мейіргерлік күтім науқастың пікірін есепке ала отырып нәтижелі әріптестік орнату және шешім қабылдау, жұмыстарды келісу концепциясына негізделген. Бұл технология әлемдік денсаулық сақтау жүйесіне қарқынды түрде енгізілуде және науқастардың қанағаттануына, мәселелердің нақты айқындалуына, коммуникативті дағдылардың қалыптасуы нәтижесінде науқаспен толық байланыс орнату үшін қажет.

Кілтті сөздер: паллиативті күтім, мейірбикелік күтім, науқасқа бағытталған күтім, мейірбике ісі.

J Health Dev 2018; 2(27) Sup J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 614; 614.2

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ НА ДОМУ

Шарапиева А.М.¹, Абзалова Р.А.², Мысаев А.О.¹

*Государственный Медицинский Университет г. Семей, Ассистент кафедры
пропедевтики внутренних болезней, Казахстан*

Национальный эксперт по ПМСП МЗ РК, Астана, Казахстан

Введение: Первичная медико-санитарная помощь выступает наиболее важным звеном здравоохранения, так как данный вид помощи является основным, наиболее доступным, экономически и социально приемлемым видом массовой медицинской помощи. По оценкам ВОЗ, каждый год во всем мире около 20 миллионов человек нуждаются в паллиативной медицинской помощи в конце жизни и считается, что столько же человек нуждаются в паллиативной помощи в

течение последнего года жизни. Не только инкурабельные пациенты, но и их родственники сталкиваются с множеством медицинских, психологических, физических, социальных и экономических проблем, вызванных тяжелым заболеванием (необходимость купирования болевого синдрома, уменьшения тягостных соматических проявлений заболевания и осуществления адекватного общего ухода, потребность в психологической поддержке, усложнение финансовых проблем семьи и т.д.), что резко ухудшает качество их жизни.

Цель исследования: изучение мнения родственников больных, получающих медицинскую помощь на дому.

Материалы и методы: Исследование проведено в 2017 году. В исследовании приняли участие родственники 29 пациентов (25 женщин и 4 мужчин), получающих медицинскую помощь на дому в трех поликлиниках города Семей. В ходе исследования было проведено анонимное анкетирование с использованием специально разработанной анкеты.

Результаты: В большинстве случаев за больными ухаживают их родственники, 66% (19) дочь, 14% (4) жена, 3% (1) муж, сын 10% (3) и 7 % (2) это соседи. За последний год за медицинской помощью по поводу состояния пациента к частковому врачу родственники больных обращались в среднем 20 раз. Большинство (89,65%) получили необходимую помощь или консультацию от своих врачей. Больше половины респондентов не знают основные навыки ухода за тяжелобольными людьми и обучаться этому хотят 27,5% опрошенных.

Выводы. В целом, родственники инкурабельных пациентов удовлетворены качеством оказываемых услуг. Однако имеется необходимость обучения родственников больных, получающих медицинскую помощь на дому особенностям ухода. Это будет способствовать повышению качества жизни данной группы пациентов.

Ключевые слова: медицинская помощь на дому, качество медицинской помощи, ПМСП, социологический опрос, сестринское дело.

ПАЛЛИАТИВТІ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУДА МЕЙІРГЕРЛЕРДІҢ КӘСІБИ ҚҰЗІРЕТТІЛІКТЕРІН ДАМУ

Жайпанова А.Ж.¹, Жабасахова У.С.²

¹«Өркениет» медицина колледжі, директордың оқу ісі жөніндегі
орынбасары, Қызылорда, Қазақстан

²«Өркениет» медицина колледжі, «Мейіргер ісінің негіздері» пәнінің
оқытушысы, Қызылорда, Қазақстан

Кіріспе. Паллиативті көмек – қауіпті аурудан зардап шегетін науқас үшін мамандандырылған медициналық қызмет көрсету, диагнозға қарамай аурудың белгілерін жеңілдету, емделушінің және оның отбасының өмір сапалығын жақсарту.

Ресми деректерге сүйенсек, бүгінгі күні әлемде 20 млн науқас ауруы әбден асқынып, ем қонудан кеткен шақта көмекті қажет етеді екен. Бір өкініштісі, олардың 6 %-ы балалардың еншісінде. Бұл көмекті қажет ететін жандардың саны күн сайын артуда, елімізде онкологиялық дипансерлерде хоспистік орталықтар ашылуда. Осы орайда науқастарға паллиативті көмек көрсетуде едәуір жүктемені мейіргерлер атқаратынын ескере кеткен жөн.

Зерттеудің мақсаты: паллиативті көмекті ұйымдастыруда мейіргерлердің кәсіби құзіреттіліктерін анықтау.

Материалдары мен әдістері: Болашақ мейіргерлердің құзіреттіліктерін қалыптастыруда, пәнге деген қызығушылықтарын арттыру және «Мейіргер ісінің негіздері» пәнінен білімдерін тереңдету мақсатында ұйымдастырылған «Мейірім» үйірмесінде «Паллиативті көмекті ұйымдастыруда мейіргерлердің кәсіби құзіреттіліктерін дамыту» тақырыбында үйірме мүшелерімен ғылыми-ізденіс жұмысы жүргізілді. Тұрғындар арасында паллиативті көмек бойынша ақпараттандырылу деңгейін анықтау және насихаттау мақсатында интервью жүргізілді. Үйірме мүшелері әрбір онкологиялық дертке шалдыққан науқастармен паллиативті ем жүргізіп, оларға сапалы және толыққанды күтім жасап, ауырсыну барысында мейіргерлік және психологиялық, моральдық - рухани қолдау көрсете

отырып, психологпен бірге ауырсынуды басудың қажетті емі ретінде әуенмен емдеу (музыкатерапия) әдісін қолданды.

Нәтижесі. Интервьюге қатысқан респонденттердің барлығы дерлік (96%) паллиативті көмек туралы хабардар екенін айтты. Алайда жауап берушілердің 20 пайызы паллиативті көмекке жүгіну үшін қай мекемеге бару қажет екенін білмейтіндігін атап көрсетті.

Колледжде ұйымдастырылған үйірме жұмысының барысында паллиативті көмек аясында әуенмен емдеу жолы науқастарды ауру азабын, жүйке күйзелістерін бір сәтке болса да ойын бөліп, стресстік жағдайларын ұмытуға мүмкіндік берді. Яғни, үйірме мүшелері науқасқа музыканы естірте отырып, науқастардың психологиялық тұрғыда көңіл-күйінің жақсарғандығын, тамаққа тәбеттерінің ашылғандығын, ұйқысының тыныш бола бастағандығын байқады. Әр науқас арнайы SOS білезіктермен жабдықталған.

Қорытынды. Әр түрлі патологиядағы ем қонбайтын науқастарға жасына байланысты медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмек қажеттіліктері паллиативті көмекті одан әрі дамыту және мамандандырылған медициналық ұйымды ұйымдастыру қажеттігін дәлелдейді.

Кілтті сөздер: паллиативті көмек, мейіргерлік күтім, мейіргерлердің кәсіби құзіреттілігі, Қазақстан.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

ВНЕДРЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ В СЕСТРИНСКОМ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Танатаров С.З.¹, Жарыкбасова Ф.Ж.²

¹*Директор государственного медицинского колледжа им. Д.Калматаева, Семей, Казахстан*

²*Государственный медицинский колледж им. Д.Калматаева, преподаватель дисциплины «Физиология», Семей, Казахстан*

Введение. На современном этапе развития здравоохранения в Республике Казахстан, существенной характеристикой которого является оказание медицинской помощи населению, высоко значимым моментом успешной деятельности медицинской организации является эффективность управления. Эффективность управления в немалой степени определяется личностным фактором и психологической готовностью руководителя каждого уровня к успешному исполнению возложенных на него функций.

Цель данного исследования: внедрение и оценка эффективности управления в сестринском уходе за пациентами наркологического диспансера.

Материалы и методы. Исследование проводилось в КГКП «Наркологический диспансер» г. Семей, наркологическом отделении №2 добровольного лечения. Это одномоментное поперечное исследование. В исследовании приняли участие 278 респондентов, все обследуемые являются пациентами наркологического диспансера с диагнозом «алкогольная зависимость». После проведенных индивидуальных бесед, пациенты прошли анонимное анкетирование. Средний возраст респондентов 26-50 лет, из числа опрошенных составляет 83 % мужчин, 17 % женщин. Жителями города были 70,6%, остальные проживали в сельской местности.

На момент начала исследования у всех пациентов был выявлен алкогольный абстинентный синдром, проведено необходимое восстановительное лечение, период трезвости составляет не менее 5 суток. Анкетирование проводилось по специально разработанной анкете в день выписки из стационара. Медицинские сестры проводили лечение по методу малой психотерапии (с 4 по 21 день пребывания в стационаре), которая включала в себя: ароматерапию, индивидуальные беседы, семейную психотерапию, беседы мотивационного характера. В течение смены медицинские сестры наблюдали за психическим состоянием пациентов, с целью непрерывного сестринского ухода и наблюдения за пациентами была разработана сестринская карта пациента. Данный документ заполнялся при поступлении пациента, ежедневно заполнялась медицинской сестрой. В случае необходимости, с пациентами проводились индивидуальные беседы, беседы мотивационного характера. Эти же все данные зафиксировались сестринской карте пациента.

Данное исследование в Казахстане проводится впервые. Отдельные положения данного исследования могут быть использованы в процессе обучения студентов вузов и колледжей по специальности «Сестринское дело».

Результаты. Большинство опрошенных имеют среднее профессиональное образование (69,7%), незаконченное высшее 25,1%, высшее профессиональное образование имели 5,2% обследуемых. 40% имели статус безработных, 60% числились разнорабочими. 66,7% обследуемых пациентов не состоят в браке. 75% опрошенных пациентов считают, что информация предоставленная во время проведения сестринских групп считают полезной, 81% получили удовлетворенность от психологического общения с мед. сестрой, 80% отметили, что достаточно времени и внимания уделяются медицинскими сестрами пациентам.

Выводы. Проанализировав полученные данные, можно сделать вывод, что, по мнению пациентов (67,5 %), проведение индивидуальных и групповых бесед с пациентами является эффективной формой сестринского ухода, а так же имеет весомое значение в профилактике алкоголизма.

Для данного исследования взято незначительное количество пациентов. Все это обусловлено тем, что в некоторых учреждениях здравоохранения малый контингент пациентов. Для более точного исследования необходимо большое количество человек.

Ключевые слова: сестринское дело, уход за больными, алкогольная зависимость, Казахстан.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 616.8

ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТТАН КЕЙІНГІ НАУҚАСТАРДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК БЕЙІМДЕЛУІН ЖЕТІЛДІРУ ЖОЛДАРЫ

Сайтмуратова С.Ш.¹, Сейдахметова А.А.²

¹ Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, «Мейіргер ісі»

мамандығының 2 – курс магистранты, Шымкент, Қазақстан

² Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, «Жедел медициналық көмек және мейіргер ісі» кафедрасының меңгерушісі, Шымкент, Қазақстан

Өзектілігі. Инсульт – бұл науқастың және оның отбасы мүшелерінің өмірін күрт өзгертетін жағдай. Инсульт өлімнің басты себепшілерінің бірі болуымен қатар(жүрек- қан тамыр, және онкологиялық аурулармен қатар), науқастардың мүгедектенуінің негізгі себепшісі болып отыр. Инсульттің салдарын барынша азайту үшін және ми қанайналымы жүйесінің қайталама бұзылыстарының алдын-алу үшін науқастардың өз денсаулығын тұрақты бақылау жасауына, дәрігердің жіті бақылауында болуына, тексерулер мен зерттеулерден тұрақты түрде өтуіне, өмірінің соңына дейін белгіленген дәрі-дәрмектерін қабылдап жүруіне тура келеді. Жүйке жүйесі функциясын жоғалтуына байланысты, науқасқа жүру, сөйлеу, тамақтану, өзіне-өзі қызмет көрсету сияқты базалық дағдыларды қайтадан игеруіне тура келеді.

Зерттеудің мақсаты: ишемиялық инсульттан кейінгі науқастардың әлеуметтік бейімделуі деңгейін бағалау.

Материалдары мен әдістері. Науқастардың әлеуметтік бейімделуін және тұрмыс сапасын зерттеу үшін SF-36 (WareJE, 1993) сұраунамасы қолданылды. SF-36 сауалнамасы тұрмыс сапасын бағалаудың ерекше түрі болып келеді және науқастың көңіл-күйі мен денсаулығының дұрыс жағдайын бейнелейтін визуалды-аналогты шкала деп саналады. Бұл сауалнама 8 шкалаларды топтастырған 36 пункттен тұрады және оларды науқастың өзі толтыруы тиіс. Әрбір шкаланың көрсеткіштері 0-ден бастап 100 аралығында вариацияланып, 100 толық сау денсаулықты және осыған сай тұрмыс сапасының жоғары деңгейін көрсетеді. Келесі көрсеткіштер сандық көрсеткіштермен бағаланды:

Нәтижесі. Ишемиялық инсультке шалдыққан науқастардың қайта қалыпына келу кезеңінде емдік курспен мейіргерлік күтімнен кейін екі топ науқастарына біз жүргізген өмір сапасы және әлеуметтік бейімделу бойынша SF-36 сауалнамалар нәтижелері күнделікті мейіргерлік күтімді сал болған аяқпен қолға белсенді жаттығуларымен үйлестіріп жүргізілген негізгі топ науқастары өз денсаулығын «жақсы»-7 адам (41,1%), «орташа» - 7 (41,1%), «нашар» - 3 адам (17,6%) деп бағалағанын көрсетті. Сонымен қатар олардың 8-і (47%) үш ай бұрынғы көрсеткішпен салыстырғанда қазір денсаулығының едәуір жақсарғанын, науқастардың 9-ы (52,9%) үш ай бұрынғы көрсеткішпен салыстырғанда қазір денсаулығының бірқатар жақсарған деп бағалады. Бақылау тобында дәрігер-невролог стандартты әдістемесі бойынша ЕДШ түріндегі сауықтыру шаралары жүргізілді. Бұл топ науқастары өз денсаулығын «жақсы» - 3 адам (18,7%), «орташа» - 9 (56,2%), «нашар»- 4 (25,0%) бағалады. Осыған сай ретте бұл топ науқастарының -

7 (43,7%) өз денсаулығын үш ай бұрынғыға қарғанда бір қатар жақсы десе, науқастардың 9-ы (56,2%) өз денсаулығын «өзгеріссіз» деп бағалады.

Қорытынды Жүргізілген зерттеу ишемиялық инсультке шалдыққан науқастардың өз жағдайын орташа деп санайтындығын көрсетіп отыр. Алынған мәліметтер инсульттен кейінгі науқастардың стационардан шығу мезетінде түрлі қимыл-қозғалысы қызметінің, коммуникативтік мүмкіндіктері бұзылыстарының сақталуы айқын физикалық, психологиялық және әлеуметтік бейімделуге, тұрмыс сапасының төмендеуіне әкелетінін көрсетті. Ишемиялық инсультке шалдыққан науқастардың тұрмыс сапасына және әлеуметтік бейімделуіне қозғалыс саласының қалыпқа келтіру шараларын мейірбикелердің іске асыруы кезінде белсенді мейіргерлік күтімнің ықпалының тиімділігін жүйелі түрде бағалау қажет.

Кілтті сөздер: мейіргерлік күтім, ишемиялық инсульт, науқастардың өмір сүру сапасы.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 616.43; 616-008.9; 616.39

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Зульярова З.Ш.

Талғарский медицинский колледж Управления здравоохранения Алматинской области, Преподаватель специальных дисциплин, Казахстан

Актуальность. Проблема ожирения в наше время становится все более актуальной и начинает представлять социальную угрозу для жизни людей. Казахстанские медики бьют тревогу из-за угрозы ожирения граждан. Согласно статистике РК занимает 5-е место по ожирению, у жителей стран СНГ. Социальная значимость проблемы ожирения определяется угрозой инвалидизации пациентов молодого возраста и снижением общей продолжительности жизни в связи с частым развитием тяжелых сопутствующих

заболеваний. Ожирение значительно уменьшает продолжительность жизни в среднем от 3-5 лет при небольшом избытке веса, до 15 лет при выраженном ожирении.

По данным национальных исследований в 2016-2017годы в Казахстане 55% взрослого населения, в том числе 58% женщин и 53% мужчин, в РК имеют лишний вес или ожирение. Ожирение выявлено у 11% детей, 28% женщин и 16% мужчин.

Практически в двух случаях из трех смерть человека наступает от заболевания, связанного с нарушением жирового обмена и ожирением. Лица, страдающие выраженным ожирением, с трудом могут устроиться на работу, испытывают ограничения при продвижении по службе, повседневные бытовые неудобства, ограничения при передвижении, в выборе одежды, неудобства в проведении адекватных гигиенических мероприятий; зачастую наблюдаются сексуальные расстройства. В связи с чем возрастает роль медицинского персонала в профилактике и лечении ожирения, особенно медицинской сестры.

Цель работы – изучение факторов ожирения и выявление наличия сопутствующей патологии у взрослого населения.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось студентами Талгарского медицинского колледжа на базе сельской врачебной амбулатории Енбекши Казахского района Алматинской области. В исследовании принимали участие лица в возрасте от 30-60 лет. Всего было обследовано 80 человек (20 мужчин, 80 женщин). Избыточный вес (предожирение) имеют 25 (31,2%) человек, ожирение I степени -- 10 человек.

Для выявления факторов риска ожирения, было проведено анкетирование, основными направлениями которого были: кратность приема пищи и регулярности; калорийность употребляемых продуктов; наличие заболеваний, являющихся факторами риска ожирения, и избыточного веса у близких родственников; сбалансированность питания; двигательная активность и её виды, посещение спортивных секций; предпочтение еде быстрого приготовления в рационе питания (чипсы, сухарики, полуфабрикаты); «заедание» стресса, прием пищи во время просмотра телевизора; контроль веса; наличие вредных привычек. Для диагностики ожирения студенты проводили: сбор анамнеза, учет периода времени/жизни/ возникновения набора массы тела/ожирения/- период полового созревания, во время беременности или после родов, в позднем зрелом возрасте, когда уже отмечается ограничение физической активности, антропометрию и вычисление ИМТ.

Результаты. Результаты исследования факторов риска ожирения у 80 исследуемых: наследованная предрасположенность, необратимый фактор риска ожирения, составляет 20%. Они же входят в общее число респондентов, не следящих за режимом питания и его сбалансированностью, не имеют представления о «пищевой пирамиде». По результатам опроса также выявлено несбалансированное питание у всех респондентов. У 15 (60%) опрошенных установлено нарушение режима питания (до 2 раз в сутки).

Мужчины принимают пищу, не обращая внимание на кратность и объемы питания. Среди женщин в возрастной категории 30-40 лет уделяют внимание качеству, кратности и количеству пищи, избегая поздний последний прием пищи, имеет место «заедания» стрессов. В возрастной категории от 41-50 лет, кратность приема пищи уменьшается, но объем принимаемой пищи увеличивается, 51-60 лет - у большинства исследуемых имеется сопутствующая патология со стороны ЖКТ, поэтому лица этой группы ограничивают себя в кратности приема, в качестве и количестве принимаемой пищи.

Выводы. Наследственная предрасположенность как необратимый фактор риска является частой причиной ожирения. В современных условиях развития здравоохранения медицинские сестры должны взять на себя ответственность за развитие профилактического воспитания населения, ведение школ здоровья, пропаганды здорового образа жизни.

Ключевые слова: ожирение, профилактика ожирения, сестринское дело.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 614; 614.2

ПАЛЛИАТИВТІ НАУҚАСТАРҒА КҮТІМ КӨРСЕТУДІ ЖЕТІЛДІРУ

Тайғашева Н.М.¹, Серікова Б.Д.¹, Телешова Г.Ж.¹, Жапабаева К.Е.²,

Сейдахметова А.А.³

¹*Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, «Жедел медициналық көмек және мейіргер ісі» кафедрасының оқытушысы, Шымкент, Қазақстан*

²*Оңтүстік Қазақстан облыстық клиникалық аурухана, бас мейіргер, Шымкент, Қазақстан*

³Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, «Жедел медициналық көмек және мейіргер ісі» кафедрасының меңгерушісі, Шымкент, Қазақстан

Кіріспе. Қоғамда медициналық көмектің қолжетімділігі, тұлғааралық қарым-қатынасы, тиімділігі, нәтижелігі, ыңғайлылығы, қауіпсіздігі мейірбикелік көмектің сапасы, медициналық әлеуметтік ортада ең негізгі рөл атқарады. Мейірбикенің денсаулық сақтау жүйесіне қосар тиімділігі - денсаулық сақтау саласының модернизациясы болып табылады.

Зерттеудің мақсаты: Шымкент қаласының паллиативті науқастарына күтім көрсету қызметін бағалау.

Материалдар мен әдістер. Зерттеу Шымкент қаласындағы Т.О. Орынбаев атындағы Облыстық жоғары қысымды оттегімен емдеу орталығы мемлекеттік коммуналдық қазыналық кәсіпорынның базасындағы «Паллиативті көмек және мейірбикелік күтім» бөлімшесінде жүргізілді. Мейірбикелік күтім сапасы анықтау үшін паллиативті көмек және мейірбикелік күтім бөлімшесінде жұмыс істейтін 13 мейірбике зерттеуге алынды. Бір мейірбикенің жүктемесі 10 науқасты құрады. 13 мейірбикенің ішінде 2 (15,3%) мейірбикеді жоғары білімді, ал қалған 11 (84,7%) мейірбике орта білімді. Паллиативті көмек және мейірбикелік көмек күтім бөлімшесіндегі 2 (15,3%) мейірбикенің жұмыс өтілі 11-15 жылға дейін, ал 9 (69,4%) мейірбикеді 1-2 жылға дейін, қалған 2 (15,3%) мейірбикеді 1 жылға дейін болды.

Жалпы саны 260 науқасқа олардың ауырсыну сезімін бағалау үшін Мак-Гилл сауалнамасы жүргізілді. Оның ішінде 135 (48%) еркек, 147 (52%) әйел адамдары. Мак-Гилл сауалнамасы ауру сезімін көптеген факторлармен анықтайды.

Зерттеу ерікті түрде, науқастардың және олардың туыстарының келісімдерімен, халықаралық этикалық талаптарға сай жүргізілді.

Нәтижелер.

Әлеуметтік сауалнама нәтижелеріне сүйене отырып мейірбикелік күтім сапасына әсер ететін факторлар: бірінші орында мейірбикелердің біліктілігі 87,1%, келесі еңбекті материалдық ынталандыру 76,2%, техникалық жабдықталу 67,3%, жаңа медициналық технологиялар 62,4%, еңбек ұйымы 52,7%, сапаны бақылау жүйесі 47,1%, мейірбикенің жеке қасиеттері 35,3%.

Мейірбикелердің жұмыс уақытының құрлымының үлкен бөлігін келесі жұмыс түрлері қамтиды: қызметтік сөйлесулер, мейірбикенің міндетіне кірмейтін

жұмыстар, науқасты тасмалдау, жұмыс орнын дәрі-дәрмекпен жабдықтау, курьерлік міндеттер.

Паллиативті көмек және мейірбикелік күтім бөлімшесінің мейірбикелерінің кәсіби дайындығына 260 науқастың 147 (56,5%) толығымен қанағаттандырылған, 73 (28%) орташа деңгейде қанағаттандырылған, 40 (15,5%) қанағаттандырылмаған.

Науқастардың сауалнама нәтижелерін талдауда ерлердің 20 (15%) өздерінің ауырсыну сезімдерін өткір деп бағалағаны анықталды. Әйел науқастардың 16 (11%) өздерінің ауырсыну сезімдерін өткір деп белгіледі.

Қорытынды. Зерттеу нәтижелері көрсеткендей инкурабельді науқастарға көрсетілетін күтім мәселелері: мейірбикелердің жоғарғы жүктемемен жұмыс істеуі, уақытының басым бөлігінің құжаттар толтыруымен өтуі, мейірбикелік үрдістің алгоритмдерінің болмауы, кәсіби дайындықтарының төмендігі, мейірбикелік жұмыс сапасының нақты өлшемдерінің болмауы.

Науқастардың басым көпшілігі көрсетілген паллиативті көмектің нәтижесіне қанағаттанады. Орта есеппен науқастардың 15 пайызы өткір ауырсыну сезімін сезінеді.

Кілтті сөздер: паллиативті көмек, мейіргерлік күтім, мейірбикелік көмектің сапасы, мейіргерлердің жүктемесі.

IMPLEMENTATION OF INNOVATIVE EDUCATIONAL TECHNOLOGIES INTO THE KAZAKH AND FINNISH COLLABORATIVE NURSING CARE MASTER'S PROGRAM

Issayeva R.B.¹, Ussebayeva N.Z.², Ospanova D.A.³, Maksudova M.K.⁴,
Kupenshyeeva D.I.⁵

¹*Kazakh Medical University of Continuing Education, Professor of the Department of Public Health, Medical Law and the Organization of Pharmacy, Almaty, Kazakhstan*

²*Kazakh Medical University of Continuing Education, Associate Professor of the Department of Health Management with Nursing Course, Almaty, Kazakhstan*

³*Kazakh Medical University of Continuing Education, Head of the Department of Public Health, Medical Law and the Organization of Pharmacy, Almaty, Kazakhstan*

⁴*Kazakh Medical University of Continuing Education, Senior Lecturer of the Department Health Management with Nursing Course, Almaty, Kazakhstan*

⁵*Kazakh Medical University of Continuing Education, doctoral student of the Department of Health Management with Nursing Course, Almaty, Kazakhstan*

Abstract

The article considers topical issues of nursing reform in the Republic of Kazakhstan. The issues of the development of nursing education from the standpoint of student-centered learning are discussed in detail. The examples of introduction of innovative educational technologies in the joint Kazakh-Finnish magistracy on nursing are presented.

Key words: innovative educational technologies, nursing, international cooperation, Kazakhstan.

«Мейіргерлік іс» мамандығы бойынша Қазақ-Финдік бірлескен магистратура бағдарламасына білім берудің жаңашыл технологияларын енгізу

Тұжырымдама

Мақалада Қазақстан Республикасында мейіргерлік іс саласы реформасының өзекті мәселелері қарастырылады. Студентке бағытталған оқыту тұрғысынан мейіргерлік іс білімін дамыту мәселелері толығымен баяндалды. Мейіргерлік іс бойынша Қазақ-Финдік бірлескен магистратурада білім берудің жаңашыл технологияларын енгізу мысалдары келтірілген.

Кілтті сөздер: білім берудің жаңашыл технологиялары, мейіргерлік іс, халықаралық ынтымақтастық, Қазақстан.

Внедрение инновационных образовательных технологий в совместную Казахско-Финскую магистратуру по сестринскому делу

Резюме

В статье рассматриваются актуальные вопросы реформирования сестринского дела в РК с учетом международного опыта. Подробно освещены вопросы развития сестринского образования с позиции студентоцентрированного обучения. Приведены примеры внедрения инновационных образовательных технологий в совместную Казахско-Финскую магистратуру по сестринскому делу.

Ключевые слова: инновационные образовательные технологии, сестринское дело, международное сотрудничество, Казахстан.

УДК 61:001.83(100)

Recieved: 07.06.2018

Accepted: 15.06.2018

Corresponding author: Issayeva Raushan, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Public Health, Medical Law and the Organization of Pharmacy, Kazakh Medical University of Continuing Education.

Address: Kazakhstan, Almaty, Manas Street, 34

Phone: + 7 (727) 346 84 48

E-mail: issayeva_raushan@inbox.ru

Введение

Вступление человечества в XXI век сопровождается обострением ряда проблем, в числе которых одно из первых мест занимает здоровье населения, отмечается высокий уровень сердечно - сосудистых, онкологических, психических, социальных и множества других заболеваний.

На современном этапе жизни сильно изменилось само восприятие здоровья человека. Важным является потребность человека справляться с различными ограничениями физического и интеллектуального здоровья, которые приводят к нарушениям психологического состояния и способствуют снижению качества жизни. В таких условиях медицинские сестры играют важную роль в развитии системы здравоохранения, направленной на предоставления безопасных и высококачественных медико-санитарных услуг [1].

При этом настоящие программы развития социального здравоохранения направлены на пропаганду профилактических мероприятий, призванных предупредить, а не просто лечить болезнь. Данный подход признан наиболее гуманным и экономичным.

При этом стоит отметить, что реализация такой модели медико - социальной помощи практически невозможна без участия медицинских сестер с высшим и средним образованием, которые представляют собой наиболее многочисленную категорию среди работников в системе здравоохранения.

В мае 1998 г. мировым сообществом принята программа «Здоровье для всех в XXI столетии», определившая важнейшие приоритеты здравоохранения на первые два десятилетия XXI века [2].

На основе глобальной политики Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Европейский региональный комитет определил свою региональную политику «Здоровье-XXI», которая базируется на трех фундаментальных ценностях:

- здоровье как основополагающее право человека;
- справедливость в отношении здоровья и солидарность в действиях, как между странами, так и всего общества в этом процессе;
- ответственность отдельных лиц, групп населения и организаций за непрерывное развитие здравоохранения, а также их участие в этом процессе.

При этом, понятие здоровья определяется как право всех людей и необходимое условие для благополучия, высокого качества жизни и устойчивого экономического развития. Таким образом, охрана здоровья населения становится

не только ответственностью различных служб здравоохранения, но также и одной из задач абсолютно всех ведомств и отраслей, негосударственных организаций и каждого человека в отдельности.

На II Европейской конференции ВОЗ по сестринскому делу и акушерству (Мюнхен, 2000) была принята Клятва медсестер и акушеров, приверженцев политики «Здоровье - XXI» [3]. В ней такие слова: «Придерживаясь принципов политики «Здоровье - XXI», обязуюсь использовать свои знания, опыт и гуманистическое отношение к людям на благо охраны здоровья общества. Моя высшая цель заключается в том, чтобы, работая совместно с общественностью, улучшить здоровье населения и обеспечить права каждого человека на надлежащую лечебно-профилактическую помощь и уход. Совместно с коллегами - медицинскими сестрами и акушерами, и в сотрудничестве с другими медицинскими работниками и общественностью я буду постоянно прилагать все усилия для пропаганды здорового образа жизни и создания здоровых условий на местах работы и проживания населения. Критерием эффективности моей работы будет более высокий уровень здоровья отдельных лиц, семей и населения. Оказывая помощь и обеспечивая профессиональный уход за больными, я всегда буду руководствоваться высокими идеалами сострадания и нравственности».

Разработанная Дорожная карта в Европейском регионе ВОЗ (2013 г.) «Укрепление систем здравоохранения, направленных на нужды и запросы людей», определяет согласованное/комплексное предоставление медицинских услуг (далее СКПМУ) [4]. К услугам относятся: защита здоровья; пропаганда здорового образа жизни; профилактика; диагностика; лечение; долговременный медицинский уход; реабилитация; паллиативный уход.

Одной из инициатив, направленной на создание СКПМУ является схема системы предоставления услуг, которая включает в себя:

- пересмотр роли работников различных профессий;
- организатор ведения случая / оказания медицинской помощи;
- многопрофильные бригады;
- клиники, возглавляемые медсестрами;
- катамнестическое наблюдение путем посещения на дому;
- постоянное оценивание.

Реформирование сестринского дела предполагает, что многие услуги, такие, как пропаганда здорового образа жизни; профилактика, долговременный медицинский уход; реабилитация; паллиативный уход будут выполняться

медицинскими сестрами самостоятельно или под руководством врача. При этом изменятся роль медсестры и ее должностные обязанности.

В документах ВОЗ употребляется термин катамнез - совокупность сведений о состоянии больного и дальнейшем течении болезни после установления диагноза и выписки из стационара. Катамнез собирают через определенное время после первоначального наблюдения над больным, его нахождения в лечебном учреждении и после перенесения им болезни (или приступа болезни). Катамнестическое наблюдение путем посещения на дому также предполагает активное участие сестринского персонала в скорейшем восстановлении здоровья больных, в том числе детей, а также в повышении качества медицинских услуг и удовлетворенности пациентов.

Принятие и развитие новой концепции медико - социальной помощи и важности роли сестринского персонала в ее реализации подразумевает совершенно новый подход научного обоснования. В такой модели медицинская сестра, обладающая многоуровневой подготовкой по различным направлениям, представляет активного члена мультидисциплинарной команды, способного грамотно и самостоятельно оказывать помощь пациентам с использованием современных технологий сестринского процесса, разрабатывать и реализовывать индивидуальный уход для каждого пациента. При этом медицинская сестра выступает в качестве менеджера, принимающего активное участие в рациональной организации лечебно-профилактического процесса.

Развитие и совершенствование основных направлений деятельности сестринского персонала должно сопровождаться научным обеспечением. Поэтому второй инициативой СКПМУ является «поддержка принятия решений» и включает в себя:

- внедрение руководств, протоколов, планов оказания медицинской помощи на доказательной основе;
- стандартное образование / обучение;
- распространение учебных материалов среди медработников [4].

Международный совет медицинских сестер считает, что сестринские инновации являются основным источником развития систем здравоохранения во всем мире. Это обусловлено наличием медицинских сестер во всех медицинских организациях, их работой со всеми типами пациентов, семей, сообществ, взаимодействуя как с работниками системы здравоохранения, так и со специалистами других отраслей.

На это направлена следующая инициатива СКПМУ: информационные системы:

- системы напоминания;
- истории болезни, открытые для совместного пользования медработниками;
- аудит и отзывы о работе поставщиков услуг;
- регистр пользователей социальных / медицинских услуг [4].

Последние две инициативы активно внедрены в практическое здравоохранение, и медицинские сестры являются активными участниками этих процессов.

Определяющая роль организации работы среднего медицинского персонала в любой медицинской организации принадлежит руководителю сестринской службы.

Медицинская сестра в качестве руководителя способна решать важные стратегические вопросы, принимать решения в условиях крайней нестабильности, постоянного дефицита всех видов ресурсов. Для успешного выполнения этих задач руководителю недостаточно лишь знаний в области своей узкой профессиональной компетенции, необходимо приобретение новых качеств и развитие управленческих способностей. Управленческая компетентность, проявление лидерских и коммуникативных способностей, оптимизма, видение будущего и желание познавать новое - важнейшим критерием ценности медицинской сестры как руководителя [5].

В настоящее время современные теории сестринского дела, основанные на научном подходе и доказательной медицине, представляют средний медицинский персонал в качестве равноправного партнера врача, который может принимать самостоятельные сестринские решения, планирует и осуществляет доказательный сестринский уход. Этим задачам будет способствовать следующая инициатива СКПМУ:

- самостоятельное ведение историй болезни
- просвещение и обучение пациентов;
- мотивационное консультирование пациентов;
- распространение просветительских материалов;
- применение инструментов мобильного и электронного здравоохранения [4].

Для осуществления этой стратегической задачи по Дорожной карте по модернизации системы сестринского образования Республики Казахстан на 2016-

2019 годы внедрена в 2017 году совместная двух дипломная Казахско-Финская магистратура по сестринскому делу. Подготовку магистрантов осуществляет АО «Казахский медицинский университет непрерывного образования» (КазМУНО) совместно с Университетом прикладных наук JAMK при сотрудничестве с Университетом прикладных наук Lahti (Финляндия), с выдачей казахстанского диплома магистра по сестринскому делу КазМУНО, диплома университета JAMK Master of Health Care Degree Programme in Advanced Nursing Practice.

Обучение проводится очной дистанционной форме с использованием информационно-коммуникационных технологий - программы электронного обучения «Moodle» на английском языке финскими преподавателями, что составляет 50% учебной нагрузки. С казахстанской стороны обучение проводится на русском и государственном языках в зависимости от контингента обучающихся.

В образовательном процессе используются международные подходы к подготовке специалистов сестринского дела: сестринские научные исследования, педагогика в сестринском деле, менеджмент, доказательная сестринская практика.

В основе модели обучения особое внимание уделяется обучению и преподаванию в свете конструктивизма.

Основная идея теории конструктивизма (J.Brumer) состоит в том, что обучение – активный процесс, в котором обучаемый конструирует новые идеи и понятия, основанные на своих прежних знаниях [6]. Обучаемый подбирает информацию, выдвигает гипотезы и принимает решения, опирающиеся на познавательные структуры.

Познавательные структуры (логические построения, мысленные эксперименты) обеспечивают приобретение опыта и позволяют человеку «шагнуть за рамки имеющейся информации».

Изменения в системе медицинского образования, интенсивно происходящие в последние годы, основой учебного процесса предполагают приобретение компетенций (умений и опыта деятельности), а не время, затраченное на их получение.

Специфика компетентностного обучения состоит в том, что усваивается не готовое знание, кем-то предложенное к усвоению, а обучаемый сам формирует знания, формулирует понятия, необходимые для решения задачи. При таком подходе учебная деятельность, периодически приобретая исследовательский или практико-преобразовательный характер, сама становится предметом усвоения.

Для организации такого обучения в европейском высшем образовании закрепился термин «студентоцентрированное обучение» (СЦО).

По определению международной организации «Education International», СЦО представляет собой тип мышления и культуру высшего учебного заведения, а также метод обучения, который во многом связан с конструктивистскими теориями обучения [7].

Для СЦО характерны инновационные методы преподавания, которые стимулируют обучение на основе взаимодействия с обучающимися и ориентированы на студентов как активных участников своего собственного образования, формирующего универсальные, ключевые компетенции.

Студентоцентрированное обучение требует постоянного рефлексивного процесса. Этот принцип реализуем при использовании современных технологий обучения (проблемное обучение, проектное обучение, технологии развития критического мышления – любая деятельностная технология требует рефлексии).

На циклах педагогического направления магистранты ведут рефлексивный дневник с периодичностью один раз в две недели, в котором анализируют полученные новые знания и применение их в собственной практике, а также возможные пути решения возникающих проблем. К примеру, на цикле «Организация сестринского процесса и документация в сестринском деле» магистранты должны прочитать 3 статьи на английском языке.

Первая статья - «Факторы, влияющие на клиническое использование сестринского процесса в больнице в Аккре, Гана». Вторая статья – «Документация для медсестер: Структура и барьеры». Третья статья – «Какие факторы влияют на распространенность и точность диагнозов сестринского дела в клинической практике?».

После каждой статьи проводится обсуждение с преподавателями с казахстанской и финской сторон по скайпу по группам (в группе 4 человека). Каждый магистрант должен высказать свое собственное мнение, интерпретацию прочитанной статьи и ответить на вопросы преподавателей.

Для выполнения оценочного задания 1 предлагается кейс: ситуационная задача - пациент после перенесенного инсульта. Магистрантам предлагается групповое задание, состоящее из 3 частей. В первой части магистранты проводят анализ ситуационной задачи с указанием сильных и слабых сторон факторов, влияющих на здоровье или представляющих угрозу для жизни пациента, также следует определить потребности в обучении пациента и семьи.

Во второй части предлагается составить план сестринского ухода за больным с заполненной таблицей. В таблице нужно привести 3-5 сестринских диагнозов, которые отражают приоритетные потребности пациента с указанием целей и измеримого ожидаемого результата диагнозов, а также обосновать сестринские вмешательства. Привести комментарии для оценки эффективности сестринского ухода.

В третьей части задания нужно выбрать теоретическую модель сестринского дела и применить к предложенному кейсу. Написать свое мнение об удобстве применения этой теории к данной ситуации.

Как видно из предложенного задания студентоцентрированный подход возлагает на магистранта большую ответственность, побуждая его думать, обрабатывать, анализировать, синтезировать, критиковать, применять, решать проблемы.

Целью оценочного задания два является рассмотрение разработки сестринской документации и оценка роли медсестры и принятия решений при планировании ухода за больным. Назначение выполняется небольшими группами (3-4 магистранта в одной группе).

Для выполнения задания нужно провести поиск в Интернете информации об инновациях, инновационных технологиях, используемых в сестринской документации. Провести групповое обсуждение в своей небольшой группе и ответить на следующие вопросы:

- Какие инновации / инновационные технологии вы нашли?
- Как вы относитесь к роли медсестер в разработке инноваций в документации для медсестер?
- Какие исследования сестринского дела необходимы для развития в будущем.

Написать мнение группы и привести примеры о разработке сестринской документации. Рекомендуется читать сообщения из других групп.

В этом задании используется метод взаимооценки и взаимообучения, метод групповой работы.

В конце вышеуказанного цикла финские коллеги провели занятия с использованием методик Gallery walk [8] и Panel Discussion [9].

Методика Gallery walk подразумевает групповую работу в малых группах. Преподаватель предлагает вопросы для обсуждения с распределением по станциям. Задание на каждой станции висит как картина на стене. Выполнение

магистрантами групповой работы проводится с использованием бумаги для flip chart. Каждой группе соответствует определенный цвет маркера. На каждой станции выделяется фиксированное время, в течение которого магистранты обсуждают написанное мнение предыдущих групп и оставляют свои собственные комментарии к обсуждаемой теме. По сигналу преподавателя группы переходят на следующую станцию. После прохождения всех станций проводится заключительное обсуждение совместно с преподавателем.

Panel Discussion – методика обучения в игровой форме, в которой магистранты выступают в различных ролях участников системы здравоохранения. Задача магистрантов участвовать в дискуссии с позиции своей роли с применением доказательных теоретических знаний и обоснованием своей позиции по обсуждаемой проблеме.

Часть магистрантов, которые не имели роли, принимают активное участие в качестве наблюдателей, которые имеют право участвовать в дискуссии.

Цель данной методики заключается в использовании магистрантов в различных ролях для поиска общего решения, включенность каждого участника в процесс практического занятия с оценкой собственной деятельности.

Поисковый характер деятельности обучающегося формирует у него мотивацию к освоению новой информации, потребность в самообразовании, изучении передового опыта, повышении своего мастерства, стремление к личностному самосовершенствованию. Преподаватель создает условия для подготовки обучающегося нового типа – студента-исследователя. Такое обучение осуществляется совместно в небольшой группе, но все изменения в каждом человеке в процессе обучения глубоко индивидуальны.

Применение таких методов обучения обеспечит повышение качества образования, и, следовательно, возможность повысить и качество медицинской помощи, оказываемой специалистами сестринского дела новой фармации, что является приоритетной задачей реформирования сестринской деятельности.

Выводы

Таким образом, принимаемые шаги в направлении модернизации сестринского дела в Республике Казахстан, согласуются с инициативами ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, направленных на нужды и запросы людей в рамках программы по согласованному/комплексному предоставлению медицинских услуг. Реформирование сестринского образования с позиции

международного подхода студентоцентрированного обучения и внедрения инновационных образовательных технологий в совместную Казахско-Финскую магистратуру по сестринскому делу позволит подготовить специалистов в области сестринского дела, которые смогут стать основой для развития сестринского дела в стране на уровне международных стандартов здравоохранения для повышения глобального индекса конкурентоспособности страны.

Литература

1. World Health Organization. Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services. Geneva, Switzerland, 2003: 53 p.

2. ВОЗ. Здоровье 21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: №5. Европейское региональное бюро ВОЗ.- Копенгаген, 1998.- 40 с.

ВОЗ. Zdorov'e 21: Osnovy politiki dostizhenija zdorov'ja dlja vseh v Evropejskom regione VOZ: №5 (WHO. Health 21: Health for all policy framework for the WHO European Region: No. 5) [in Russian]. Evropejskoe regional'noe bjuro VOZ. Kopenhagen, 1998: 40 p.

3. ВОЗ. Мюнхенская декларация «Медсестры и акушерки — важный ресурс здоровья». Европейское региональное бюро ВОЗ. — Копенгаген, 2000. — 3 с.

ВОЗ. Mjunhenskaja deklaracija «Medsestry i akusherki - vazhnyj resurs zdorov'ja» (Munich Declaration "Nurses and midwives are an important health resource") [in Russian]. Evropejskoe regional'noe bjuro VOZ. Kopenhagen, 2000: 3 p.

4. Дорожная карта Укрепление систем здравоохранения, направленных на нужды и запросы людей в Европейском регионе ВОЗ, Женева.-2013 – 47 с.

Dorozhnaja karta Ukreplenie sistem zdavoohranenija, napravlennyh na nuzhdy i zaprosy ljudej v Evropejskom regione VOZ (The road map Strengthening health systems that address the needs and demands of people in the WHO European Region) [in Russian], Zheneva. 2013: 47 p.

5. Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neiterman E. et al. How can optimal skill mix be effectively implemented and why? 2008: 31 p.

6. Bruner J. Constructivist theory. Retrieved May. 2001: 10.

7. Лопанова ЕВ, Галянская ЕГ. Организация студентоцентрированного обучения в медицинском вузе // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 8-4. – С. 751-754.

Lopanova EV, Galjanskaja EG. Organizacija studentocentrirovannogo obuchenija v medicinskom vuze (Organization of student-centered training in a medical school) [in Russian]. Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij. 2015; 8-4: 751-754.

8. Bowman SL. The gallery walk: An opening, closing, and review activity [electronic document], 2015. Retrieved 02.05.2018. Available: <http://www.bowperson.com/>.

9. Andersson T. Panel Discussion. Japan: A European Perspective. Palgrave Macmillan, London. 1993: 51-59.

ON THE INTRODUCTION OF THE DUAL SYSTEM OF EDUCATION IN MEDICAL COLLEGES IN KAZAKHSTAN

Abdrakhmanova A.O.¹, Baigozhina Z.A.², Kabdullina G.B.¹, Umbetzhanova A.T.³,
Bekbergenova Zh.B.³, Umralina A.S.³

¹Republican center for Health Development, Department of Medical Education Development, Chief Expert, Astana, Kazakhstan

²Republican center for Health Development, Head of the Department of Medical Education Development, Astana, Kazakhstan

³Republican center for Health Development, Department of Medical Education Development, Leading Expert, Astana, Kazakhstan

Abstract

The article is devoted to studying questions of the implementation of the dual education system in medical colleges of the Republic of Kazakhstan. Authors have presented results of online questioning of employers, teachers, and students of medical colleges concerning dual education.

Keywords: dual education, clinical bases, medical education organizations.

Қазақстандағы медициналық колледждерде қосарлы білім беру жүйесін енгізу туралы

Тұжырымдама

Мақала жұмыс берушілердің, медицина колледждерінің оқытушылары мен студенттерінің сауалнама нәтижелерін талдау негізінде Қазақстан Республикасының медициналық колледждерінде дуалды білім беру жүйесін енгізу туралы пікірді зерттеуге арналған.

Кілтті сөздер: дуалды оқыту, клиникалық базалар, медициналық білім беру ұйымдары.

О внедрении дуальной системы образования в медицинских колледжах Казахстана

Резюме

Статья посвящена изучению вопросов внедрения дуальной системы образования в медицинских колледжах Республики Казахстан. Авторами представлены результаты онлайн анкетирования работодателей, преподавателей и студентов медицинских колледжей по вопросам дуального образования.

Ключевые слова: дуальное образование, клинические базы, медицинские организации образования

УДК 61:001.92

Recieved: 15.06.2018

Accepted: 18.06.2018

Corresponding author: Abdrakhmanova Aigul, Republican center for Health Development, Department of Medical Education Development

Postal code: 010000

Address: Imanova Str. 13, Astana, Kazakhstan

Phone: +7 776 5478103

E-mail: rdrc@mail.ru

Введение

Важная задача, которая сегодня стоит перед медицинскими колледжами - сформировать новую модель подготовки медицинских кадров среднего звена, готовых к самостоятельной практической работе. Традиционная форма образования – знание-контроль-оценка, должна быть заменена практическим закреплением знаний, путем самостоятельной деятельности и накопления личного опыта [1,2].

Основной путь решения этой задачи – внедрение дуального образования. В мировой практике профессионального образования дуальная система, зародившаяся в Германии, получила широкую известность и признание [3,4,5].

По сути, дуальное образование означает параллельное обучение в учреждении образования и на клинических базах, при этом не менее 50-60% времени обучающиеся должны находиться на рабочем месте, закрепляя теоретические знания на практике и приобретая практические навыки для дальнейшей самостоятельной работы.

С внедрением дуальной системы образования, изменится и повысится роль практического здравоохранения, лучшие кадры которого в качестве менторов (наставников) будут оказывать помощь в закреплении теоретических знаний на практике, в приобретении практических навыков.

Учитывая единую цель - профессиональная подготовка обучающихся к самостоятельной практической работе, дуальное обучение объединит медицинские колледжи и лечебно-профилактические учреждения (клинические базы). По сути, дуальное обучение является мостом между организациями образования и клиническими базами, объединяющим теоретическую и практическую подготовку обучающихся.

Несомненно, внедрение дуальной системы образования, повлечет уменьшение учебных часов в медицинских колледжах, необходимости подготовки менторов из числа лучших кадров практического здравоохранения.

Внедрение дуального образования требует осмысления пользы его как медицинскими колледжами и обучающимися, так и кадрами практического здравоохранения. Медицинские организации с внедрением дуального образования могут непосредственно принимать участие в подготовке кадров для своей организации.

С целью внедрения дуального образования в медицинских колледжах было проведено изучение мнения всех заинтересованных сторон (работодателей, преподавателей и обучающихся медицинских колледжей) о дуальной системе в медицинском образовании. Для изучения мнения работодателей, преподавателей и обучающихся о дуальной системе обучения был проведен опрос в он-лайн режиме. С этой целью были разработаны анкеты для преподавателей медицинских колледжей, анкеты для обучающихся и анкеты для работодателей клинических баз. Анкеты содержали по 10-12 вопросов. Анкеты были размещены на он-лайн портале SurveyMonkey, доступ к которой был обеспечен в течение 30 календарных дней.

Всего в анкетировании приняло участие 6695 респондентов, из них 956 (14,29%) работодателей, 713 (10,65%) преподавателей медицинских колледжей и 5026 (75,07%) студентов медицинских колледжей.

Анализ данных анкетирования работодателей

В анкетировании приняли участие 956 респондентов, из них 313 (32,74%) специалисты ПМСП, 484 (50,63%) стационарные работники, 159 (16,63%) не указали место работы.

В возрастном аспекте респонденты из числа работодателей распределились следующим образом (рис. 1).

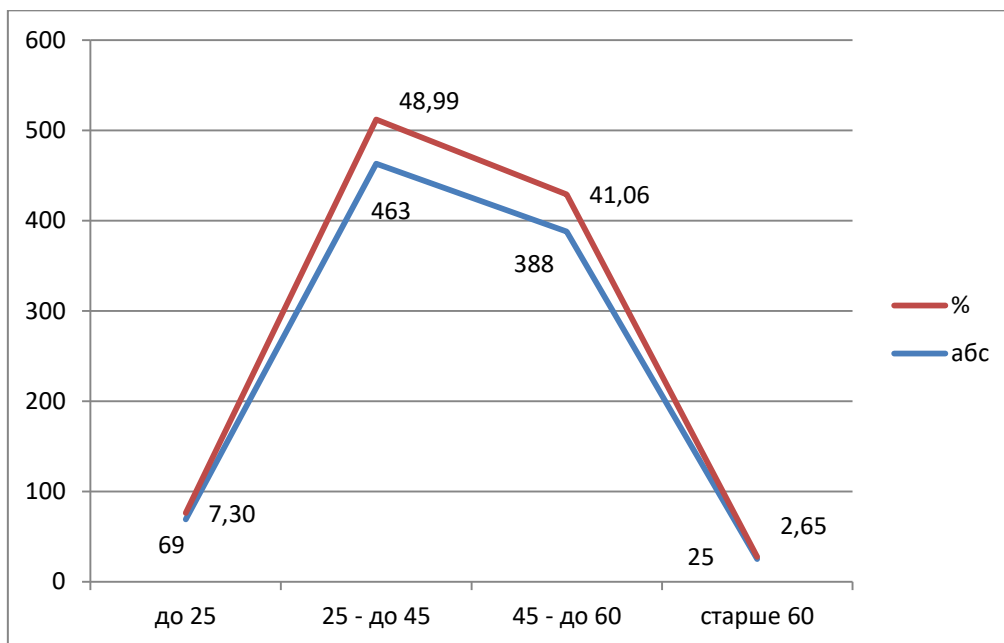


Рисунок 1 - Распределение участников опроса по возрастным категориям

Наибольшую активность в опросе проявили средние медицинские работники (605 респондентов – 63,28%), из них 122 (20,17%) в должности главных/старших медицинских сестер, 455 (75,21%) – медицинские сестры и 28 (4,63%) – лаборанты.

Оставшиеся 341 респондент (35,67% от общего числа опрошенных) распределились следующим образом: 38 (11,14%) – главные/заместители главных врачей, 77 (22,58%) – заведующие отделениями/лабораториями, 191 (56,01%) – врачи и 35 (10,26%) – сотрудники административно-управленческого персонала.

На вопрос «Является ли Ваша организация клинической базой медицинской организации образования?», 641 респондент (67,05%) дали утвердительный ответ, 310 (32,43%) ответили «нет», 5 человек (0,5%) не ответили на этот вопрос. При этом 418 респондентов (43,72%) считают, что их организация участвует в дуальном обучении, 323 (33,79%) так не считают и 203 (21,23%) с ответом затрудняются.

На вопрос о готовности медицинской организации к дуальному обучению, 521 респондент (54,50%) считает, что организация готова, 142 (14,85%) – не готова и 289 (30,23%) затрудняются ответить. При этом 340 респондентов (35,56%) считают, что организация готова к дуальному обучению обучающихся ТиПО, 273 (28,56%) – бакалавриата, 229 (23,95%) – резидентуры. 114 (11,93%) респондентов не ответили на этот вопрос.

Средняя оценка качества подготовки выпускников медицинских колледжей и ВУЗов, согласно данным опроса, составила 3,8 и 3,94 баллов соответственно. Высокую оценку качества подготовки выпускников медицинских колледжей дали только 231 (24,71%) работодателей. На хорошо и удовлетворительно оценили выпускников 374 (40,0%) и 267 (28,56%) респондентов соответственно (рис. 2).

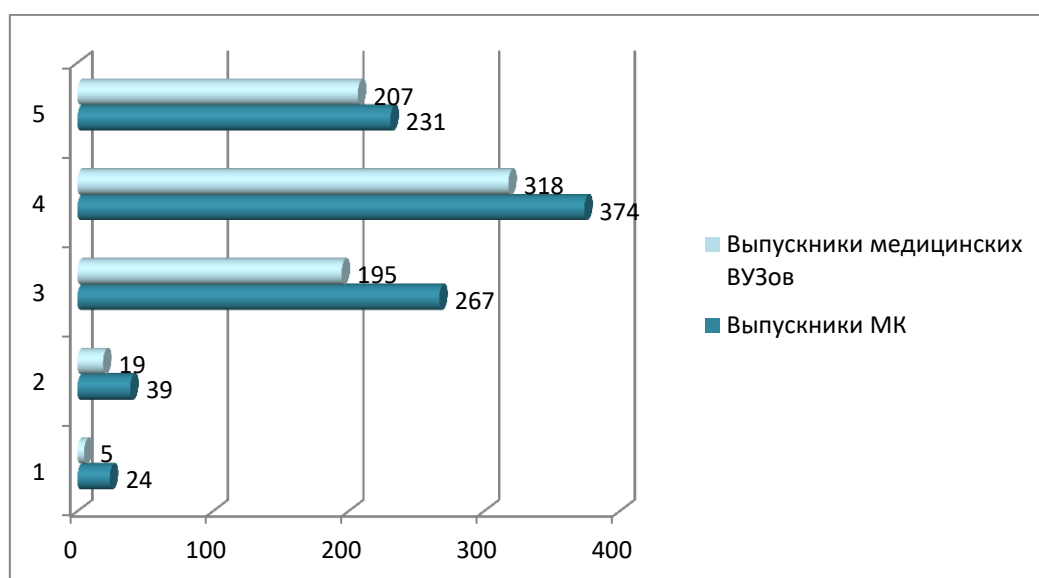


Рисунок 2 - Оценка качества подготовки выпускников медицинских колледжей и ВУЗов

Всего 58,37% (556) респондентов считают, что низкие профессиональные знания выпускников связаны с недостатком клинической подготовки. 12,76% (122) респондентов так не считают, 270 (28,24%) затрудняются с ответом.

Главным приоритетом при принятии на работу выпускников медицинских организаций образования, по мнению респондентов, должны быть профессиональные навыки (46,86%). Таким навыкам, как умение решать проблемы и аналитические способности, к сожалению, респондентами дана наименьшая оценка (2,72% и 3,03% соответственно) (рис. 3).

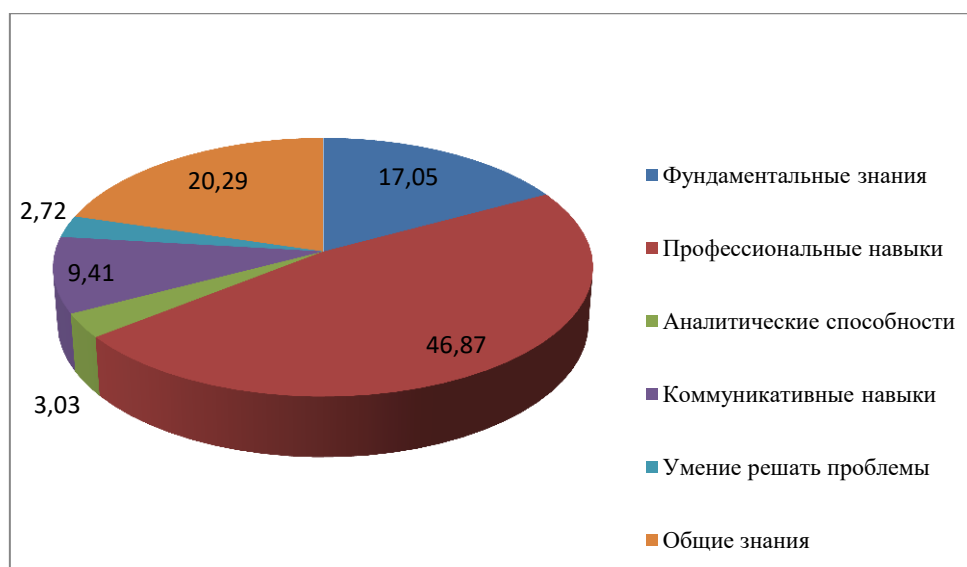


Рисунок 3 - Значимость навыков и способностей выпускников МОО при приеме на работу

Таким образом, работодателями дана объективная оценка подготовки выпускников медицинских колледжей, средний балл которой составил 3,8, что по их мнению, кроется в недостаточной практической подготовке. Анализ результатов анкетирования позволил усомниться в компетентности работодателей относительно дуальной системы образования, тем более, что только 35,56% работодателей готовы к внедрению дуального обучения.

Анализ данных анкетирования преподавателей медицинских колледжей

В анкетировании приняли участие 713 преподавателей медицинских колледжей, из них в возрасте от 25 до 45 лет -355 (49,79%) человек, от45 до 60 лет - 192 (26,93%), старше 60 лет - 28 (3,93%) и моложе 25 – 73 (10,24%) преподавателя.

Стаж клинической работы имеют 369 (51,75%) преподавателей, принявших участие в опросе. Стаж педагогической работы менее 5 лет – у 196 (27,49%), 5-10 лет у 196 (27,49%), 10-20 лет – у 154 (21,60%), более 20 лет – у 137 (19,21%) респондентов.

На вопрос «В вашем колледже внедрена система дуального обучения?» 355 (49,79%) респондентов ответили «да» и 341 (47,83%) – «нет» (17 человек не ответили на этот вопрос). 213 (29,87%) респондентов прошли подготовку по дуальной системе обучения.

Говоря о проблемах организации дуального обучения, респонденты отметили в первую очередь отсутствие мест для работы студентов на производстве (40,81%), недоверие к студентам при выполнении сложных манипуляций, предусмотренных программой (15,57%), недостаточность часов по теоретической подготовке (14,45%) и другие (рис. 4).

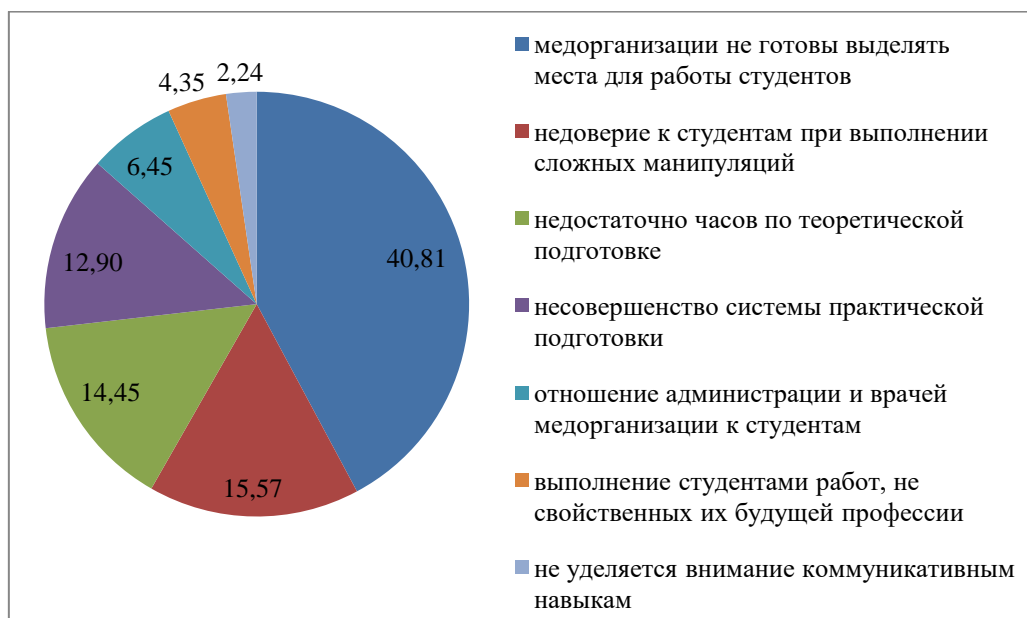


Рисунок 4 - Проблемы организации дуального обучения.

Отношение к внедрению дуального обучения разделилось следующим образом: 487 (68,30%) респондентов не считают, что внедрение дуального обучения отрицательно скажется на освоении студентами теоретического материала, 183 (25,67%) считают, что теоретическая подготовка, возможно, снизится, 16 (2,24%) преподавателей уверены в ухудшении теоретической подготовки студентов.

Вместе с тем, 490 (68,72%) респондентов уверены, что в первую очередь на работу примут выпускника, прошедшего обучение по дуальной системе, 147 (20,62%) затрудняются ответить и только 71 (9,96%) считают традиционную форму подготовки залогом успешного трудоустройства.

Примерно так же в процентном отношении распределилось мнение респондентов относительно успешной адаптации выпускников на практике: 546 (76,58%) ответили «да», 75 (10,52%) – «нет».

Всего 591 (82,89%) преподавателей считают, что дуальное обучение способствует лучшему формированию профессиональных навыков, 115 (16,13%) считают, что усвоение профнавыков не зависит от формы обучения.

С внедрением элементов дуальной системы обучения изменилось отношение персонала медицинской организации к студентам:

- 351 (49,23%) респондент отмечает оказание наставнической помощи,
- 200 (28,05%) - поддержание коллегиальных отношений с обучающимися.

И лишь 142 (19,82%) преподавателя не видят разницы в отношении медицинского персонала к студентам.

Среди респондентов 417 человек (58,49%) считают, что медицинские кадры, привлекаемые к практической подготовке студентов, обязательно должны пройти обучение. Всего 188 (26,37%) преподавателей считают, что достаточно проведения разъяснительной работы, 29 (4,07%) – обучение не обязательным. Остальные 11,08% затрудняются ответить.

Таким образом, почти 80% преподавателей считают, что дуальное обучение – будущее профессионального образования Казахстана, оно положительно скажется на трудоустройстве выпускников и их адаптации на рабочем месте, а также будет способствовать формированию профессиональных навыков при поддержке и наставнической помощи медицинских кадров организации.

Анализ данных анкетирования студентов медицинских колледжей

В анкетировании приняли участие 5026 студентов медицинских колледжей. Анкетные данные респондентов представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Данные студентов медицинских колледжей, участников опроса о дуальной системе обучения

Возраст			Курс			Специальность		
	абс	%		абс	%		абс	%
16-18 лет	904	17,99	1 курс	914	18,19	СД	1592	31,68
18-25 лет	3308	65,82	2 курс	2105	41,88	ЛД	452	8,99
Старше 25 лет	744	14,80	3 курс	1101	21,91	Фельдшер	356	7,08
			4 курс	754	15,0	Стоматология	1505	29,94
						Лабораторная диагностика	957	19,04

Среди студентов 3816 человек (75,93%) знакомы с дуальной системой обучения, а 697 (13,87%) слышали о ней, 479 (9,53%) не знают и 32 (0,64%) не ответили на вопрос.

Всего 4269 (84,94%) респондентов хотели бы заниматься по дуальной системе обучения, 199 (3,96%) – не хотели бы, 510 (10,15%) затрудняются ответить и 46 (0,92%) не ответили на этот вопрос.

На вопрос «Выпускника какой формы обучения в первую очередь примут на работу?» 3795 (75,51%) студентов считают, что это выпускники дуальной системы образования. 632 (12,57%) респондента отдают предпочтение выпускникам, прошедшим обучение по традиционной системе, примерно столько же (546 – 10,86%) опрошенных затрудняются с ответом.

Примерно так же распределились ответы респондентов на вопрос «Выпускник какой программы быстрее адаптируется на практике?»: 3919 (77,97%) – дуальной, 664 (13,21%) – традиционной; 387 (7,70%) – затрудняются с ответом.

Оценивая теоретическую и практическую подготовку в колледже по пятибалльной системе, ответы респондентов распределились следующим образом (табл. 2):

Таблица 2 – Оценка теоретической и практической подготовки в колледже

Оценка (баллы)	Теоретическая подготовка		Практическая подготовка	
	абс	%	абс	%
1	91	1,81	73	1,45
2	71	1,41	84	1,67
3	261	5,19	250	4,97
4	1003	19,96	924	18,38
5	3544	70,51	3641	72,44
Не ответили	56	1,11	54	1,07

Таким образом, большинство студентов медицинских колледжей знакомы с дуальной системой обучения, понимают преимущества этой системы и почти 90% (4442) респондентов считают, что дуальное обучение – будущее профессионального образования Казахстана. По мнению всех участников опроса, внедрение дуального обучения позволит улучшить возможности трудоустройства молодых специалистов и их карьерного роста, позволит выпускнику успешно применять полученные знания, умения, навыки для решения практических задач,

быстрее адаптироваться к профессиональной среде, эффективно осуществлять деловые коммуникации. Кроме того, по мнению преподавателей медицинских колледжей, внедрение дуального образования повысит престиж профессии и улучшит взаимодействие медицинской организации образования и клинических баз в решении общей задачи – подготовки квалифицированных кадров.

Выводы

Анализ результатов анкетирования работодателей позволил усомниться в их компетентности относительно дуальной системы образования, так как в полном объеме дуальное обучение в медицинском образовании Казахстана до сегодняшнего дня не внедрено. Важнейшим индикатором успешности внедрения дуальной системы обучения будет трудоустройство выпускников медицинских организаций образования, отвечающих требованиям работодателей.

Литература

1. Психология и педагогика мышления: перевод с английского Н.М. Никольской; под ред. Н.Д. Виноградова. – М.: Мир, 1915. –202 с.

Psihologija i pedagogika myshlenija (Psychology and pedagogy of thinking) [in Russian]: perevod s anglijskogo N.M. Nikol'skoj; pod red. N.D. Vinogradova. M.: Mir, 1915: 202 p.

2. Абдрахманова А., Нурсултанова С., Асенова Л.Х. и др. Развитие интеллектуально-творческого потенциала студентов медицинских вузов // International journal of experimental education. – 2012. - №8. – С.130-131.

Abdrahmanova A., Nursultanova S., Asenova L.H. i dr. Razvitie intellektual'no-tvorcheskogo potenciala studentov medicinskih vuzov (Development of the intellectual and creative potential of medical students) [in Russian]. International journal of experimental education. 2012; 8:130-131.

3. Родиков А.С. Некоторые аспекты профилизации образовательных услуг дуальной системы европейского образования // Вестник Военного университета. - 2010. - № 3 (23). - С. 41-46.

Rodikov A.S. Nekotorye aspekty profilizacii obrazovatel'nyh uslug dual'noj sistemy evropejskogo obrazovanija (Some aspects of profiling the educational services of the dual system of European education) [in Russian]. Vestnik Voennogo universiteta. 2010; 3 (23): 41-46.

4. Кудела Н. Дуальное образование в Германии: плюсы и минусы // Партнер. – 2017. - №9 (240). [электронный документ]. Дата обращения: 12.04.2018. Веб адрес: <http://www.partner-inform.de/>.

Kudela N. Dual'noe obrazovanie v Germanii: pljusy i minusy (Dual education in Germany: the pros and cons) [in Russian]. Partner. 2017; 9 (240). [jelektronnyj dokument]. Data obrashhenija: 12.04.2018. Veb adres: <http://www.partner-inform.de/>.

5. Тидеманн Б. Дуальная система – немецкая форма профессионального образования // Образование и наука. 2011. - №6 (85). – С. 112-123.

Tidemann B. Dual'naja sistema – nemeckaja forma professional'nogo obrazovanija (The dual system is the German form of vocational education) [in Russian]. Obrazovanie i nauka. 2011; 6 (85): 112-123.

INNOVATIONS IN NURSING CARE EDUCATION: FROM THE EXPERIENCE OF TEACHING IN TURKESTAN HIGH MEDICAL COLLEGE

Babakhanova G.A.

Turkestan Higher Medical College, Nursing Teacher, Turkestan, Kazakhstan

Abstract

The article presents a discussion of innovative educational technologies used in the practice of the Turkestan High Medical College. Formation of research skills of the medical college students is a priority task, and this ability is considered by us as one of the key competencies of a future nurse.

Key words: innovative educational technologies, training in nursing care, Kazakhstan.

Түркістан жоғарғы медициналық колледжіндегі оқытушылық тәжірибе бойынша мейіргерлік білім берудегі инновациялар

Тұжырымдама

Мақалада Түркістан жоғарғы медициналық колледжінің тәжірибесінде қолданылатын мейіргерлік білім берудегі жаңашыл технологиялар талқыланған. Медициналық колледждің студенттерінде зерттеушілік дағдыларды қалыптастыру – маңызды шарт болып табылады. Біз аталмыш дағдыларды болашақ мейіргердің маңызды құзіреттілігі ретінде қарастырамыз.

Кілтті сөздер: білім берудегі жаңашыл технологиялар, мейіргерлік білім беру ісі, Қазақстан.

Инновации в сестринском образовании из опыта преподавания в Туркестанском высшем медицинском колледже

Резюме

В статье представлено обсуждение инновационных образовательных технологий, используемые в практике Туркестанского высшего медицинского колледжа. Формирование исследовательских умений студентов медицинского колледжа – является

приоритетной задачей, и это умение рассматривается нами как одна из ключевых компетенций будущей медицинской сестры.

Ключевые слова: инновационные образовательные технологий, обучение в сестринском деле, Казахстан

УДК 61:001.92

Recieved: 12.05.2018

Accepted: 28.05.2018

Corresponding author: Babakhanova G.A., Nursing Teacher, Turkestan Higher Medical College.

Address: Kazakhstan, Turkestan, Abylai Khan Str., 108

Phone: +7 (72533) 4-31-56

E-mail: tur_med@mail.ru

Введение

Казахстанская система здравоохранения модернизируется, ориентируясь при этом на лучшие мировые практики. В связи с модернизацией практического здравоохранения и экономическими реформами, изменились требования к специалистам сестринского дела.

Эффективное развитие здравоохранения в значительной степени зависит от состояния профессионального уровня и качества подготовки, а так же рационального использования среднего медицинского персонала. Современные системы образования и здравоохранения в стране, предъявляют качественно новые требования к уровню освоения общекультурных и профессиональных компетенций будущего специалиста. Сегодня, работодатель заинтересован в инициативном специалисте, который способен самостоятельно ориентироваться в медико-социальных проблемах населения и подходить к их решению с позиции исследователя, используя знания и умения в соответствии с логикой научного исследования. Сложившаяся ситуация определила необходимость в формировании новых профессиональных компетенций будущего специалиста сестринского дела на период обучения в медицинском колледже.

Основная цель образования достигается лишь путем компетентностных, практико-ориентированных учебных подходов и обучающих методик. Важнейшими направлениями развития сферы медицинского образования стало усиление практической части в подготовке медиков, при сохранении высокого уровня

знаний теории. Решением задачи являются симуляционные центры, оснащенные новейшими оборудованьями высокоуровневыми фантомами, муляжами, симуляторами, позволяющими отрабатывать практические умения согласно требованиям, которые устанавливает перед медициной современное общество. Такая форма обучения способствует развитию моторики, тактильной чувствительности, моделирует реальные условия будущей деятельности. Такая подготовка дает возможность создавать неотложные состояния, близкие к реальности, повысить эффективность обучения и тем самым предотвращать ошибочные действия будущих медицинских сестер в критических ситуациях.

О деятельности колледжа

В колледже у нас открыты учебно-реабилитационный центр, учебный центр по паллиативной помощи и гериатрическому уходу, учебный центр по медицинской эргономике, учебный центр по нетрадиционной медицине, который внедрен у нас как элективный предмет. Целью открытия таких центров является – обеспечение медицинских организаций практико-ориентированными кадрами, обладающими высокопрофессиональной квалификацией и многофункциональными компетенциями.

Роль медицинской сестры в лечебном процессе постоянно развивается и возрастает. Сфера деятельности медсестры широка и многогранна. Эти и здоровый человек с его проблемами, и окружающая среда, и профилактика заболеваний, и больной человек – обеспечение надлежащего сестринского ухода за ним, и, наконец, социально-психологические проблемы человека.

Существующая и прогнозируемая в нашей стране демографическая ситуация ставит целый ряд медико - социальных проблем, одной из которых является высококачественное медицинское обслуживание лиц пожилого возраста и престарелых. В связи с этим возрастает значение подготовки специально обученной медсестры, знающей особенности ухода за пожилыми и старыми людьми, оказывающей психологическую поддержку пациенту, способной организовать активный отдых, труд, рациональное питание, жилище пожилого человека.

Обучение будущих сестер сестринскому гериатрическому процессу

Так как одной из основных профессиональных задач медицинской сестры, является организация и осуществление сестринского ухода в стационаре и на

дому, перспективным направлением работы данных специалистов является паллиативная также гериатрическая помощь пациентам.

Основными направлениями деятельности по оказанию паллиативной помощи является обеспечение комфорта больным и борьба со страхом смерти. Медицинская сестра должна обладать всеми необходимыми навыками и умениями для того, чтобы обеспечить пациенту комфортное пребывание в стационаре, обучить пациента принципам самоухода, а также оказать ему необходимую психологическую помощь, направленную на уменьшение страха умирания, ощущения одиночества и страха быть обузой для своих родственников.

Обучение будущих специалистов сестринскому гериатрическому процессу имеет огромное значение для современной медицины. Гериатрический сестринский процесс — это систематизированный подход к организации мероприятий для решения проблем пожилых, а также профилактики заболеваний у пожилых лиц.

Одним из направлений, которое призвано улучшить здоровье граждан страны, стало внедрение в Казахстане программы управления заболеваниями, которая является одним из главных направлений Госпрограммы «Денсаулық» [1]. Она даст возможность пациентам вместе с медработниками управлять своими заболеваниями и предотвращать осложнения путем постоянного контакта мультидисциплинарной команды с пациентом, его обучения навыкам оказания самопомощи, а также контроля факторов, влияющих на здоровье. Поэтому на занятиях большое внимание уделяем вопросам скрининга, профилактики различных заболеваний.

В нашем учебном центре по паллиативной помощи и гериатрическому уходу, студенты учатся оказывать паллиативную помощь, уход за гериатрическими пациентами не только в стационарных условиях, но и дома, в домашних условиях. На практических занятиях мы начинаем с того, как организовывать пространство вокруг пациента, требования к организации быта тяжелобольного, расположение кровати в комнате, расположение мебели в комнате, положения больного в постели.

Первое, чему мы учим наших студентов - это слушать своих пациентов. Потому, что только таким образом мы можем понять, что действительно важно для них в жизни, чтобы мы могли помочь добиться этих целей.

Во-вторых, мы знаем, что есть различные неприятные симптомы – боль, какие-то состояния, которые мешают людям жить. Мы должны бороться с ними,

мы должны облегчить эти симптомы, для того, чтобы людям помочь реализовать себя. И помочь и поддержать родных тяжелобольного, потому что это стресс, это психологическая нагрузка для этих людей.

Важнейшую роль играет организация восстановления больного не только в рамках учреждения онкологического профиля, в амбулаторных условиях, но и по месту жительства – оказание помощи семьям, в которых живут онкологические больные. В таких семьях возникает множество сложных проблем, в том числе медицинских, экономических, проблем ухода, психологических проблем, связанных с тяжелым заболеванием и с трудностями в установлении контакта с ними, проблемы приобретения специального оборудования, социальные проблемы, связанные с формированием специального уклада жизни семьи.

Обучение студентов медицинской эргономике

Одной из инновационных технологий сестринского дела в Казахстане является медицинская эргономика. Она содействует предупреждению утомления, развития профессиональных заболеваний и сохранению здоровья специалистов. Сегодня проблема перегрузки и травматизма медицинских работников решается с помощью здоровьесберегающей технологии – медицинской эргономики.

Занятия по медицинской эргономике мы проводим в нашем учебном центре по эргономике. Эффективность действий медсестры зависит от множества нюансов, в том числе от удобства и эргономичности окружающего рабочего пространства. В учебном центре есть сестринский пост, где предусмотрено все необходимое для эргономичного позиционирования документации, компьютера.

В учебном центре также имеется комплекс «Опора» с манекеном. Комплекс опоры используется для реабилитации лежачих больных, например при травмах или после инсульта. Изделие укрепляет мышцы, поддерживает подвижность суставов, снимая с них излишнюю нагрузку, а при нахождении комплекса рядом с кроватью больного позволяет исключить сползание последнего.

В этом учебном центре мы обучаем студентов лифтинг-технологиям поднятия и перемещения пациентов, использования эргономического оборудования. Студенты здесь учатся:

- организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда;
- создавать и поддерживать безопасную больничную среду для пациентов и персонала;
- выполнять различные виды и способы захватов и удержания пациента;

- осуществлять безопасное перемещение пациента и грузов.

Центр также оснащен различными приспособлениями для больных, которые являются результатом исследовательских работ студентов по медицинским инновациям. Это модели эргономической одежды для лежачих пациентов, которые решают различные проблемы в уходе за пациентами; фиксирующий пояс, бортики страховочные от падения с кровати. Они нужны пациентам, которые плохо контролируют себя во сне, могут укатиться с кровати и упасть. Также домашний тренажер - деревянный турник, предназначен для безопасного самостоятельного перемещения в кровати, различные ортопедические подушки для предотвращения осложнений.

Эргономические навыки перемещения студенты также осваивают в учебной санитарной комнате, которая оснащена необходимыми эргономическими приспособлениями, эргономической мебелью для безопасного проведения санитарно-гигиенических мероприятий.

На уроках мы также знакомим с комплексом простых упражнений, которые можно выполнять на рабочем месте и упражнения, которые можно выполнять на специальных тренажерах, имеющихся у нас в учебно-реабилитационном центре. Выполнение этих несложных упражнений в перерывах на рабочем месте поможет сохранить здоровье позвоночника.

Такие уроки в специально оборудованных центрах вносят элемент новизны в процесс обучения, повышают мотивацию, формируют познавательный интерес, что способствует самообразованию, повышению уровня обученности студентов.

Обучение будущих медсестер оказанию первичной помощи, профилактике и реабилитации

Международный и исторический опыт свидетельствует о ведущей роли медицинских сестер в оказании первичной помощи пациентам, профилактике и реабилитации [2,3]. Мы организовали в колледже учебно-реабилитационный центр по направлению «неврология». В нашем центре мы проводим занятия по двум основным методам реабилитации - кинезиотерапии и эрготерапии.

На сегодня, кинезиотерапия является одним из основных методов физической реабилитации пациента, основная цель которой – вылечить пациента с помощью движения. Она включает лечение положением, специальные активные и пассивные движения, дыхательную гимнастику. Особенно мы уделяем большое внимание лечению положением, которая является методом кинезиотерапии.

Лечение положением имеет целью придание парализованным конечностям правильного положения в течение того времени, пока больной находится в постели. Учим студентов с первых дней инсульта правильно укладывать парализованные или паретические конечности.

Эрготерапия занимается восстановлением утраченных двигательных навыков, целью эрготерапии является не только восстановить утраченные двигательные функции, но и заново адаптировать человека к нормальной жизни, помочь ему достичь максимальной самостоятельности и независимости в быту [4].

В учебно-реабилитационном центре также имеется сенсорная комната или как ее называют некоторые авторы «волшебную комнату здоровья» [5,6]. Желание людей получить психологическую помощь и заряд положительной энергии заставило внедрить новейшие научные достижения в психологические практики, из чего и родились сенсорные комнаты. Исследования в области свето- и ароматерапии, музыкального и цветового воздействия на психику человека позволили соединить все полученные знания и результаты в одном специально оборудованном помещении, которое дает комплексный и удивительный результат. В условиях сенсорной комнаты используется массируемый поток информации на каждый анализатор. Такая активная стимуляция всех анализаторных систем приводит не только к повышению активности восприятия, но и к ускорению образования межанализаторных связей. Опыт комплексной реабилитации показывает, что направленный на дидактические цели комплекс сенсорных и моторных упражнений влияет на общее эмоциональное, речевое, двигательное развитие пациента.

Обучение методам нетрадиционной медицины

Одним из преимуществ современных образовательных стандартов является то, что они предоставляют студенту возможность влиять на процесс обучения, формируя его в соответствии со своими интересами. Это достигается путем включения в учебные планы элективных и факультативных дисциплин.

Элективные дисциплины — это дисциплины, содержание которых позволяет удовлетворить профессиональные интересы (углубить свою квалификацию) в соответствии с личностными наклонностями. Элективные дисциплины студент выбирает из предложенного образовательной организацией перечня, после чего они становятся обязательными для изучения. В учебном плане это дисциплины вариативной части, определяющие направленность (профиль) программы и

формирующие знания, умения и навыки, необходимые для реализации тех видов профессиональной деятельности, на которые ориентирована программа.

Современному преподавателю необходимо не только максимально учитывать индивидуальные особенности каждого школьника, но и использовать доступные средства для его коррекции и адаптации в социуме. Сегодня детям необходимо образование, приближенное к жизни, пронизанное знанием жизненных реалий, социальных проблем, основанное на опыте самостоятельной, практической, исследовательской, творческой деятельности.

Индивидуализация обучения позволяет раскрыть способности каждого обучающегося. Индивидуализация обучения студентов колледжа должна быть направлена непосредственно на формирование их индивидуальных образовательных траекторий. Это обеспечит качественную, индивидуальную подготовку каждого отдельного специалиста-медика, компетентного в сфере своей профессиональной деятельности. В целом индивидуальная образовательная траектория представляет собой персональный путь творческой реализации личностного потенциала каждого студента в образовании.

В Туркестанском высшем медицинском колледже при разработке образовательных программ с педагогическим коллективом активное участие принимают работодатели и сами студенты.

Аннотированные сведения об элективных дисциплинах сведены в соответствующих каталогах дисциплин и предоставляются на выбор студентов. Мы предложили на выбор следующие индивидуальные образовательные траектории с изучением дисциплин:

1. Траектория «Сестринское дело в терапии»: «Уход на дому», «Уход за гериатрическими пациентами»;

2. Траектория «Реабилитология»: «Реабилитация инсультных больных»; «Нетрадиционная медицина»;

В колледже организован учебный центр по нетрадиционной медицине. Нетрадиционная медицина известна в течении нескольких десятилетий. Раньше термина альтернативная медицина не было. В наше время появились термины традиционная медицина и нетрадиционная или интегральная медицина.

В последние десятилетия, все большую популярность набирают различные направления альтернативной медицины - по всему миру люди, страдающие различными заболеваниями, все чаще обращаются к нетрадиционным средствам. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) уже давно признала методы

альтернативной медицины, включив в свой официальный список восточную медицину, фитотерапию, арт-терапию и прочие направления.

Преподавание этой дисциплины, знание методов нетрадиционной медицины имеют значение в формировании личности среднего медицинского работника - людей гармоничных, всесторонне развитых.

По предмету «Нетрадиционная медицина» студенты изучают следующие разделы:

- натуропатия - это самый большой раздел нетрадиционной медицины, основанный на теории воздействия на человека живыми организмами окружающей среды;

- арт-терапия, которая имеет много позитивных возможностей; в этом разделе студенты изучают такие методы арт-терапии как, музыкотерапия, изотерапия, драматерапия, цветотерапия, танцевально-двигательная терапия, фототерапия, маскатерапия, игровая терапия, мандала терапия, песочная терапия, работа с глиной, сказкотерапия, библиотерапия, куклотерапия;

- рефлексотерапия, акупрессура, Су- Джок терапия;

- хромотерапия;

- ароматерапия;

- сокотерапия - лечение овощными и фруктовыми соками;

- ряд лечебных, оздоровительных упражнений таких как, кинезиологические упражнения, дыхательная гимнастика.

Выводы

Таким образом, формированию исследовательских умений студентов отводится приоритетная роль, и это умение рассматривается нами как одна из ключевых компетенций будущей медицинской сестры.

В ходе применения активных стимуляторов познавательной деятельности мы наблюдаем, как формируются новые ценности – саморазвитие и самообразование. Конечно, симуляционные технологии не заменят в полной мере клиническую практику, а условия любого моделирования имеют отличия от реальной ситуации. Однако, предоставляя возможность для постоянной и безопасной тренировки студентов, эти технологии могут значительно повысить уровень их подготовки. В будущем это отразится на качестве оказываемой медицинской помощи, сократит число их ошибок при диагностике и лечении

пациентов, повысит их уровень конкурентоспособности и востребованности среди лечебно-профилактических учреждений.

Литература

1. Указ Президента Республики Казахстан. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы: утв. 15 января 2016 года, № 176.

Ukaz Prezidenta Respubliki Kazahstan. Ob utverzhenii Gosudarstvennoj programmy razvitija zdavoohranenija Respubliki Kazahstan «Densaulyk» na 2016-2019 gody (Decree of the President of the Republic of Kazakhstan. On approval of the State Health Development Program of the Republic of Kazakhstan "Densaulyk" for 2016-2019) [in Russian]: utv. 15 janvarja 2016 goda, № 176.

2. Ильевич Т.П. Проектирование педагогического процесса в условиях личностно-ориентированного образования. – Тирасполь, 2002. – 237 с.

Il'evich T.P. Proektirovanie pedagogicheskogo processa v uslovijah lichnostno-orientirovannogo obrazovanija (Designing of the pedagogical process in the conditions of the person-oriented education) [in Russian]. Tiraspol', 2002: 237 p.

3. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта - М. Миклош.- 2003.- 176 с.

Kadykov AS. Reabilitacija posle insul'ta (Rehabilitation after a stroke) [in Russian]. M. Miklosh, 2003:176 p.

4. Шатунова Е.Г. Сенсорная комната - волшебный мир здоровья // Педагогическое образование на Урале: история и современность. 2012.- С. 199.

Shatunova EG. Sensornaja komnata - volshebnyj mir zdorov'ja (Sensory room - the magic world of health) [in Russian]. Pedagogicheskoe obrazovanie na Urale: istorija i sovremennost'. 2012: 199.

5. Галой Н.Ю. Использование интерактивного оборудования сенсорной комнаты в работе с детско-родительскими парами и детьми раннего возраста // Современное дошкольное образование. Теория и практика. – 2015. – №. 1 (53).- С.38-44.

Galoj N.Ju. Ispol'zovanie interaktivnogo oborudovanija sensornoj komnaty v rabote s detsko-roditel'skimi parami i det'mi rannego vozrasta (Using interactive touch-room equipment in work with child-parent pairs and young children) [in Russian]. Sovremennoe doshkol'noe obrazovanie. Teorija i praktika. 2015; 1 (53): 38-44.

MEANING OF STIMULATION TECHNOLOGIES IN PROVISION OF QUALITY AND SECURITY OF MEDICAL CARE

Toporova Y.A.

The State Medical College named after D Kalmatayeva, Nursing Teacher, Semey, Kazakhstan

Abstract

The use of training simulators helps to form the professional competency of the average medical personnel, which are necessary for the effectiveness in externship. Before letting a young expert go to a variety of manipulations, a student should practice skills and abilities on the simulator.

Key words: education, simulation technologies, nurses.

Сапалы және қауіпсіз медициналық қызмет көрсетудегі симуляциялық технологиялардың маңызы

Тұжырымдама

Өндірістік тәжірибелерден өту кезінде оқу жаттықтырғыштарын қолдану орта медициналық қызметкерлердің кәсіби құзыреттілігін арттыруға ықпал етеді. Жас маман әр түрлі емдік манипуляцияларды өздігінен жүзеге асырмас бұрын, алдымен өз дағдылары мен білімін шыңдауда жасанды құрылғыларды, яғни симуляциялық жаттықтырғыштарды қолданғаны жөн.

Кілтті сөздер: білім беру, симуляциялық технологиялар, мейіргерлер.

Значение симуляционных технологий в обеспечении качества и безопасности медицинской помощи

Резюме

Использование учебных тренажеров способствует формированию профессиональных компетенций среднего медицинского персонала, необходимых для эффективного прохождения производственных практик. Прежде чем допустить молодого специалиста к самостоятельному выполнению различных манипуляций, ему необходимо отрабатывать практические навыки и умения на тренажере - симуляторе.

Ключевые слова: образование, симуляционные технологии, медицинские сестры.

УДК 61:001.92

Received: 21.05.2018

Accepted: 06.06.2018

Corresponding author: Toporova Y.A., Nursing Teacher of the State Medical College named after D Kalmatayeva, Semey, Kazakhstan.

Address: Kazakhstan, Semey, International Str., 38

Phone: +7 (7222) 36-14-79

E-mail: info@gsmk.kz.

Введение

Сегодня медицинские сестры должны иметь иное мышление, иной подход в решении профессиональных задач и более широкие полномочия, так как меняется их роль и миссия в оказании первичной медико-санитарной помощи. В связи с чем, должны меняться как философия сестринского дела, так и сам сестринский процесс, предусматривающий расширение профессиональной деятельности, которая должна быть нацелена на здоровый образ жизни, на сохранение здоровья каждого человека, семьи, общества, профилактику заболеваний в зависимости от социально-демографических условий, возрастных и половых отличий.

Современная медицинская сестра несет ответственность за обеспечение качества и безопасности при выполнении манипуляций, проведении ухода за пациентами, обеспечении инфекционной безопасности на рабочем месте. Сестринский персонал сегодня требует не меньших вложений в обучение и повышение квалификации, чем врачебный. Поэтому вопрос обучения средних медицинских работников высокой квалификации является очень актуальным. Он должен начинаться уже при изучении клинических дисциплин в колледже. Преподаватели должны осознавать возложенную на них ответственность по улучшению качества подготовки профессионально компетентных, всесторонне развитых личностей, конкурентоспособных специалистов. Качество сестринской помощи определяется внедрением новых организационных форм ухода за

пациентами и умением работать с профессиональной информацией, используя современные информационные технологии [1].

Развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи и рост объема профессиональных навыков, обусловленные модернизацией системы здравоохранения с одной стороны и действующие юридические запреты в работе с пациентами с другой, выявили с особой остротой всю сложность подготовки медицинских кадров. В обучении среднего медицинского персонала в настоящее время необходимо особый упор делать не только на передачу знаний и умений, но и на способности принимать решения в рамках сестринской деятельности. Сформировался явный провал между теоретическими знаниями и реальной возможностью применения их «у постели больного». Подготовка квалифицированной медицинской сестры невозможна без контакта и общения с реальными пациентами, но все чаще безопасность пациента и его благополучие представляют фундаментальную этическую проблему. При обучении в колледжах должна быть создана безопасная и надежная образовательная среда для освоения клинических умений, а выпускники, кроме знаний и умений, должны владеть еще и практическим опытом [2]. Поэтому, одним из инновационных направлений развития сестринского дела является внедрение симуляционного обучения. Симуляция (Simulatio - от лат. «притворство») - это искусство имитировать реальность, ложное изображение болезни или отдельных ее симптомов, при котором студент действует в обучаемой обстановке и знает об этом. Симуляционное обучение способно научить работать в соответствии с современными алгоритмами, повысить уровень выполнения сложных медицинских манипуляций и оценить эффективность собственных действий. Использование симуляционной техники позволяет достичь максимальной степени реализма при имитации разнообразных клинических сценариев, а также отработки практических навыков отдельных диагностических и лечебных манипуляций. Обучаемый осознанно выполняет действия в обстановке, приближенной к реальной, с использованием специальных средств-симуляторов, с помощью которых можно создать клинические ситуации, максимально приближенные к реальным, происходящим в жизни. На практических занятиях по профессиональным модулям студенты до начала производственной практики в медицинских организациях должны овладеть не только навыками по уходу за пациентом, но и базовыми манипуляциями в соответствии с программой практических занятий.

Для отработки базовых навыков в сестринской практике чаще используются механические модели манекенов, на которых возможна отработка навыков по уходу за больными:

- введение назогастральных зондов;
- проведение внутримышечных и подкожных инъекций;
- проведение внутривенных вливаний;
- выполнение клизм;
- катетеризация мочевого пузыря;
- измерение артериального давления;
- пальпация пульса и многие другие.

Современные виртуальные тренажеры (компьютерные модели), которыми оснащаются симуляционные центры сегодня, представляют следующий этап освоения необходимых навыков. Они существенно повышают эффективность обучения медицинских специалистов новым методикам, уменьшают появление ошибок. Виртуальные симуляторы позволяют объективно оценить уровень полученных знаний за счет встроенных программ оценки качества выполнения навыков [2].

Самые главные качества симуляционного обучения - полнота и реалистичность моделирования объекта. Данный подход дает возможность приобрести необходимые практические и теоретические знания, не нанося урон здоровью человека и избежать совершения ошибок на живом пациенте, довести до автоматизма выполнение навыков путем многократного повторения одних и тех же действий, а так же смоделировать редкие клинические случаи. Применение симуляционных образовательных технологий с возможностью оценки усвоения профессиональных умений и навыков, в подготовке будущих средних медицинских работников, приведет к значительному повышению квалификации медицинских специалистов и уровня готовности применять их в клинической практике [3].

В концепцию симуляционных тренингов органично вписывается формирование нового пациентцентрированного подхода в подготовке средних медицинских работников, когда в центре процесса исцеления - пациент. Вся система медицинского обслуживания выстраивается в зависимости от его нужд и потребностей и будет способствовать снижению ошибок, уменьшению осложнений и повышению качества оказания медицинской помощи населению [4].

Если сравнить традиционное обучение у постели больного и симуляционное, то, безусловно, у первого есть свои преимущества: изучается организация труда медицинской сестры и соблюдение этико-деонтологических принципов, появляется опыт общения с больными, развивается клиническое мышление, эффективно формируются коммуникативные навыки при общении с разными людьми, появляется ответственность при выполнении процедур. Но при этом высокая вероятность ошибок в процессе деятельности, что нарушает право пациентов на получение безопасной и качественной помощи. С этой целью нужно шире использовать возможности симуляционного обучения, которое может дополнить подготовку к реальной клинической практике и обеспечить безопасную для пациентов возможность обучения средних медицинских работников отдельным навыкам, необходимым им для профессиональной деятельности [5].

Применение фантомного и симуляционного обучения является нужным направлением в учебном процессе. Выпускники медицинских колледжей должны владеть, кроме знаний и умений, еще и практическим опытом. Активный тренинг с применением алгоритмов дает возможность подготовить среднего медицинского работника, прекрасно владеющего профессиональной техникой. Приобретение профессиональных навыков лучше всего происходит в ходе деловых и имитационных игр, в работе малыми группами. В процессе обучения используются электронные учебники, слайды, видеоролики, с техникой проведения манипуляций, манипуляционные тренинги, при этом активизируется зрительное восприятие и умение соотносить видимое со слышимым. Студенты выполняют манипуляции на современных фантомах, муляжах и оборудовании, в соответствии со стандартами [6].

Эффективность применения симуляционного обучения можно оценить в преподавании дисциплины «Сестринское дело в эпидемиологии и инфекционных болезнях», где использование симуляционных технологий имеет свои особенности, связанные как со спецификой клинического течения инфекционных заболеваний, так и с наличием у студентов знаний и умений по базовым теоретическим и клиническим учебным модулям. Основной целью любого урока является усвоение учебного материала и формирование знаний и умений. Так, практические занятия по темам «Острые кишечные инфекции» проходятся на базе симуляционного центра колледжа. При изучении тем из раздела «Кишечные инфекции» медицинская сестра должна владеть навыком промывания желудка для оказания неотложной помощи пациентам с пищевой токсикоинфекцией,

ботулизмом, сальмонеллезом, вирусным гепатитом и другими кишечными инфекциями. В специально подготовленной аудитории осуществляется тренинг по техническому проведению практического навыка [7].

Симуляционный тренинг имеет следующие этапы:

1. Обсуждение цели и задач по реализации тематики занятия.

2. Контроль уровня подготовленности студентов по дисциплине «Сестринское дело в эпидемиологии и инфекционных болезнях». Преподаватель (эксперт) проводит инструктаж по технике безопасности, проверяет теоретическую подготовленность студентов. Можно использовать традиционные формы опроса или тестирование, для которого обучающиеся самостоятельно готовятся по материалам теоретических и практических занятий с использованием других источников информации. Это позволяет определять наличный (исходный) уровень знаний и умений студента, уровень их подготовки к занятию и помогает скорректировать проведение предстоящих других этапов занятия [6].

3. Просмотр видео – ролика «Промывание желудка». Непосредственно перед выполнением учебного задания студенты смотрят видео «Промывание желудка». Во время просмотра у преподавателя есть возможность комментировать отдельные моменты.

4. Демонстрация преподавателем на манекенах-тренажерах навыка с обязательными пояснениями. Данный этап необходим для выявления дефицита знаний и умений с целью поддержания мотивации к обучению.

5. Выполнение учебного задания. Отработка навыка (неоднократное повторение) под контролем и с помощью преподавателя. Перед выполнением студент должен убедиться в наличии оснащения для промывания желудка, установить контакт с пациентом, идентифицировать личность, объяснить пациенту суть и ход предстоящей манипуляции, получить согласие на ее проведение, провести промывание желудка, сделать отметку в медицинской документации о выполнении. Наблюдая за студентом, преподаватель оценивает выполнение манипуляции, в соответствии с чек - листом.

6. Обсуждение правильности выполнения. В ходе обсуждения необходимо проанализировать не только допущенные ошибки, но и помочь студентам выявить их самостоятельно. В процессе демонстрации студентом практического навыка необходимо внимательно выслушать его, используя принцип «Активного слушания»: не перебивать во время ответа, не делать замечаний с указанием ошибок, дать понять студенту, что он выслушан, удостовериться, что все

правильно услышали и поняли. После этого провести резюмирование, чтобы он со стороны услышал свой ответ. Начать резюмирование нужно с указания положительных моментов в ответе, поддержать студента. Например: «Вы хорошо справились с заданием. Вы правильно указали, что перед проведением манипуляции нужно установить доверительные отношения с пациентом, объяснили ему ход проведения процедуры и позаботились о его комфорте». Следом обратить внимание на ошибки, которые наиболее часто допускают студенты при выполнении этого навыка: выполнение манипуляции без согласия пациента, погрешности измерения длины введения желудочного зонда, технику выведения зонда, отсутствие контакта с пациентом и т.д.

7. Итоговое выполнение навыка.

Таким образом, во время прохождения симуляционного тренинга, каждый студент демонстрирует свои знания, техническую подготовку, скорость выполнения задания, что подразумевает индивидуализацию контроля. На занятии реализуется возможность для многократного и безопасного повторения данной манипуляции.

В процессе обучения основным методом работы является общение со студентами. При этом преподаватель должен формировать навыки бесконфликтного общения, быть эмоционально стабильным, уравновешенным, сохранять контроль над эмоциональными реакциями и поведением в целом. Во время проведения практических занятий не всегда удается в полной мере использовать коммуникативные навыки общения. Часто у преподавателя не хватает терпения выслушать студента, не перебивая его и комментировать ответ мы начинаем уже в процессе демонстрации. Часто используем указания: «Вы должны знать!». Не интересуемся идеями, трудностями, опасениями студента. Так же не всегда получается оказать поддержку и сочувствие. Это порождает неуверенность студента, страх перед преподавателем, и как следствие, потерю интереса к предмету. Использование в учебном процессе технологии симуляционного обучения позволяет повысить самооценку студентов и предоставляет возможность каждому неоднократно осуществить профессиональную деятельность или ее элемент в соответствии с профессиональным стандартом и алгоритмом выполнения навыка в условиях, максимально приближенных к реальной производственной среде [3].

С целью получения максимальной эффективности от занятий, преподавателям необходимо наряду с выполнением множества педагогических

установок и требований, всемерно способствовать тому, чтобы создавать атмосферу серьезного и ответственного отношения к выполнению сестринских процедур и действовать, как если бы перед обучающимися специалистами был не манекен, фантом, а настоящий пациент. На сегодняшний день симуляционное обучение достойно занимает ведущие позиции в образовательном процессе при подготовке медицинских кадров. Но несовершенство нормативно-правовой базы, отсутствие регламентирующих документов в организации симуляционного обучения способствуют тому, что каждая образовательная организация самостоятельно ищет пути решения данного вопроса, особенно в сфере среднего профессионально-технического образования.

Преподавателями, наряду с обучением работы на тренажерах, была выявлена потребность в разработке алгоритмов выполнения медицинских процедур. Если раньше при отработке практического навыка мы уделяли внимание непосредственно самой процедуре, то при внедрении симуляционного обучения стало необходимым отрабатывать навык, включая подготовительный и заключительный этапы, что первоначально вызывало у преподавателей значительные трудности. Работа по всем направлениям шла параллельно. Созданные организационно-педагогические условия позволили нам в настоящее время моделировать профессиональные ситуации на циклах по дисциплинам «Сестринское дело в педиатрии», «Сестринское дело в терапии», «Сестринское дело в хирургии и реанимации», «Сестринское дело в акушерстве и гинекологии».

Симуляционное обучение не заменяет обучение «у постели больного». Обе технологии в современном образовательном процессе должны органично дополнять друг друга. Виртуальный симулятор, не подменяет традиционные формы обучения в виде лекций, практических занятий, просмотра видео - и мультимедийных материалов. Однако, прежде чем допустить молодого специалиста к самостоятельному выполнению различных манипуляций, ему необходимо отрабатывать практические навыки и умения на тренажере - симуляторе. Использование учебных тренажеров так же способствует формированию профессиональных компетенций, необходимых для эффективного прохождения производственных практик.

Литература

1. Мотола И., Девайн Л.А. Симуляционные технологии в медицинском образовании. Практическое руководство, основанное на лучших доказательствах // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2014.- №4.-С.14-75.

Motola I., Devajn L.A. Simuljacionnye tehnologii v medicinskom obrazovanii. Prakticheskoe rukovodstvo, osnovannoe na luchshih dokazatel'stvah (Simulated technology in medical education. Practical hand, based on the best evidence) [in Russian]. Medicinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie. 2014; 4: 14-75.

2. Косаговская И.И., Волчкова Е.В., Пак С.Г. Современные проблемы симуляционного обучения в медицине // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2014.- №1.- С.49-62.

Kosagovskaja I.I., Volchkova E.V., Pak S.G. Sovremennye problemy simuljacionnogo obuchenija v medicine (The current problems of simulated training in medicine) [in Russian]. Jepidemiologija i infekcionnye bolezni. 2014; 1: 49-62.

3. Арутюнян К.А., Чупак Э.Л. Современные информационные технологии при обучении на кафедре детских болезней // Материалы учебно-методической конференции «Электронные образовательные технологии: возможности дистанционного обучения в медицинском образовании», Благовещенск, 2017. – С.9-11.

Arutjunjan K.A., Chupak Je.L. Sovremennye informacionnye tehnologii pri obuchenii na kafedre detskih boleznej (Modern information technologies when teaching at the Department of Children's Diseases) [in Russian]. Materialy uchebno-metodicheskoj konferencii «Jelektronnye obrazovatel'nye tehnologii: vozmozhnosti distancionnogo obuchenija v medicinskom obrazovanii», Blagoveshhensk, 2017: 9-11.

4. Горшков М.Д., Федоров А.В. Классификация симуляционного оборудования // Виртуальные технологии в медицине.- 2012.- №1.- С. 35-39.

Gorshkov M.D., Fedorov A.V. Klassifikacija simuljacionnogo oborudovanija (Classification of simulated equipment) [in Russian]. Virtual'nye tehnologii v medicine.2012; 1: 35-39.

5. Блохин Б.М., Гаврютина И.В., Овчаренко Е.Ю. Симуляционное обучение навыкам работы в команде // Виртуальные технологии в медицине. 2012. - №1.- С.18-20.

Blohin B.M., Gavryutina I.V., Ovcharenko E.Ju. Simuljacionnoe obuchenie navykam raboty v komande (Simulation of skills in work in the team) [in Russian]. Virtual'nye tehnologii v medicine. 2012; 1:18-20.

6. Симуляционное обучение по специальности «Лечебное дело» / Под ред. А.А. Свистунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 288 с.

Simuljacionnoe obuchenie po special'nosti «Lechebnoe delo» (Simulation training on the specialty of "Medical matter") [in Russian]. Pod red. A.A. Svistunova. M.: GJeOTAR-Media, 2014: 288 p.

7. 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.

Simuljacionnoe obuchenie v medicine (Simulation education in medicine) [in Russian]. Pod redakciej professora Svistunova A.A. Sostavitel' Gorshkov M.D. Moskva.: Izdatel'stvo Pervogo MГMU im. I.M.Sechenova, 2013: 288 p.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

VACCINE IS THE ONE SAFETY REMEDY FOR INFECTIONS

Idrissova Zh.R.

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarova, Department of Neurology, Almaty, Kazakhstan

Abstract

Under the conditions of growth of antibiotic resistance and the continuing high level of a number of infectious diseases, work in the field of public health education has been taking relevant place. A special role in this work belongs to medical personnel in the organization and conduct of vaccine prevention.

This article is devoted to the expansion of the competence of nursing staff in the use of vaccines as a mean of remedy for infections.

Key words: children's vaccination, vaccines, children.

Екпелер – жұқпалардан қорғанудың жалғыз сенімді құралы

Тұжырымдама

Антибиотиктерге тұрақтылық пен бірқатар жұқпалы аурулардың жиі кездесуі жағдайында тұрғындар арасында санитарлық-ағарту жұмыстарын жүргізудің маңыздылығы ерекше. Осы орайда екпе арқылы аурулардың алдын-алу шараларын ұйымдастыру мен өткізуде мейіргерлердің еңбегі зор.

Мақала жұқпалардың алдын алу үшін екпелерді пайдалануда мейіргерлердің құзыреттілігін кеңейту талқыланады.

Кілтті сөздер: балаларға екпе егу, екпелер, ерте жастағы балалар.

Вакцины – единственное безопасное средство защиты от инфекций

Резюме

В условиях роста антибиотикорезистентности и сохраняющегося высокого уровня ряда инфекционных заболеваний приобретает актуальность работа в области санитарного просвещения населения. Особая роль в этой работе принадлежит медицинскому персоналу в организации и проведении вакцинопрофилактики.

Данная статья посвящена вопросам расширения компетенций сестринского персонала в вопросах использования вакцин в качестве средства защиты от инфекций.

Ключевые слова: вакцинация детей, вакцины, детский возраст.

УДК 615.03; 615.1/3

Received: 19.05.2018

Accepted: 12.06.2018

Corresponding author: Idrissova Zh.R., Doctor of medical sciences, Professor, Department of Neurology, Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarova.

Address: 05 0000, Kazakhstan, Almaty, Tole Bi Str. 94

Phone: +7(727)338-70-90

E-mail: info@kaznmu.kz

В условиях роста антибиотикорезистентности и сохраняющегося высокого уровня ряда инфекционных заболеваний приобретает актуальность работа в области санитарного просвещения населения. Особое место в этом процессе принадлежит деятельности сестринского персонала, на плечи которого должна

ложиться разъяснительная работа среди населения по вопросам вакцинопрофилактики.

Первые 1000 дней развития, от момента зачатия и до 2 лет жизни, программируют будущую жизнь человека: ее продолжительность, интеллект, последующие заболевания - например, как рано начнется деменция или разовьется ли сахарный диабет. Находясь в утробе матери, ребенок сильно реагирует и на изменения в её организме, на ее эмоциональный фон, зависит и программируется ее питанием, активностью и жизненной позицией [1]. Далее, ребенок проходит трудный период родов. Очень важно, чтобы его правильно приложили к груди сразу после рождения. Грудное молоко обеспечивает его не только питанием, но и элементами, из которых строится его мозг, а также предоставляет защиту против инфекций [2]. Мозг ребенка очень быстро растет; так, при рождении вес мозга 400-500 грамм, а у взрослого достигает 1250-1800 граммов, т.е. увеличивается в 3-4 раза за время взросления; 80% массы мозга формируется к 2 годам [3]. Практически все его двигательные навыки, его внутренний мир, его идентификация себя как личности, складывается к этому возрасту. Он уже уверенно ходит, умеет бегать, сам ест ложкой или палочками. Он знает кто он – мальчик или девочка, он уже примеряет будущую позицию в социуме – лидер, подчиненный или независимый индивид, и он уже понимает, что хорошо и что плохо. Для правильного развития ребенка важно общение с окружающим миром, получение новых впечатлений. Ребенок начинает общаться с новыми людьми в детском садике, на игровой площадке, на детском празднике. Именно в этот период своей жизни ребенок наиболее подвержен простудным заболеваниям, т.к. его защитные силы пока недостаточно укрепились, чтобы бороться с микробами.

Любая простуда – это риск развития бактериальных осложнений, тяжелой пневмонии или, что хуже, - менингита (воспаления оболочек мозга). Тогда придется обращаться врачу, получать уколы, сдавать анализы, мама или папа вынуждены брать больничный лист. Кроме того, частые простудные инфекции истощают организм ребенка, а это замедляет темп и качество умственного и физического развития [4].

Единственным доказанным безопасным способом профилактики инфекций является вакцинация или прививки. Вакцинация окружена большим количеством неоправданных страхов, ложных мифов и некоторой истерией. Это связано с тем, что не только пациенты, но и врачи не знают правильной информации о

современных вакцинах. Пациенты не получают компетентной информации от врачей, предпочитают посоветоваться с он-лайн блоггерами, которые играют в игру – кто больше разошлет ужастиков о вакцинах, сопровождая текст угрожающими картинками, приводящие родителей в состояние шока. Вакцинация применяется и развивается уже более 200 лет. Мы забыли о тяжелых эпидемиях оспы, дифтерии, полиомиелита, кори, которые приводили к большому количеству смертей и инвалидизаций. За двести лет произошел огромный скачок в биотехнологиях, поэтому современные вакцины являются высокотехнологичными продуктами, с тонким механизмом воздействия на иммунную систему, призванными оптимально оградить ребенка защитными барьерами – антителами. Более того, вакцины используются для профилактики и лечения онкологических заболеваний. Очень много страхов, вследствие незнания, связаны с вакциной АКДС, против коклюша, дифтерии столбняка. Эта вакцина применялась в 80-годы прошлого столетия, она позволила значительно уменьшить число болеющих, но у некоторых детей вызывала побочные реакции. На место этой вакцины для защиты от вышеперечисленных инфекций пришла новая комбинированная вакцина, которая не вызывает таких побочных реакций, так как является высоко очищенной, без вредных примесей, но в то же время узко направлена на выработку защитных антител. Помимо этого, в составе комбинированных вакцин есть вакцина против гемофильной палочки – частой причины бактериальных синуситов, отитов у маленьких детей. Развитые страны мира применяют комбинированные вакцины, чтобы минимизировать травматизацию ребенка лишними уколами, для того, чтобы улучшить охват вакцинацией. Ведь если максимальное число детей получит вакцины, то это позволит победить инфекции. При этом правильнее, когда вакцина применяется в виде индивидуального, готового к употреблению, стерильного раствора в отдельном шприце, когда медицинской сестре не нужно самой готовить препарат [5].

Другой вакциной, которая недавно была введена в график вакцинации, является вакцина против пневмококка, которая с успехом применяется по всему миру. Причиной, по которой она проводится, является необходимость профилактики бактериальных инфекций у детей, т.е. пневмоний, отитов, менингитов, где пневмококк также является виновником. Данная вакцина не только обладает большой эффективностью, что четко доказано мировым опытом, но и безопасна. Она может (и должна) вводиться детям в установленные календарем вакцинации сроки. При этом она безопасна для ослабленных, часто

болеющих детей, она крайне важна для детей с неврологическими заболеваниями, недоношенных детей, а также пациентам с хроническими заболеваниями, в том числе онкологическими, а также ВИЧ инфицированных [6]. Важно понимать, что такие дети очень плохо справляются с обычными простудами и бактериальными инфекциями, у них обычный насморк может быстро перейти в тяжелое воспаление легких, их собственных защитных сил недостаточно, чтобы справиться с болезнями. Им нужно помогать, применяя качественную вакцину. Этим детям врачи часто отказывают в вакцинации, ставя необоснованные медицинские отводы на много месяцев. Это связано с незнанием практикующими специалистами на местах о новых вакцинах. Они часто опираются на знания прошлого века, когда они сами, им самим или их детям вводили ту самую АКДС вакцину 80-го года. Очень часто родители и врачи боятся вводить вакцины одновременно, объясняя свой страх риском аллергизации ребенка. Эти страхи беспочвенны и неоправданы, современные вакцины, стоящие в графике вакцинации нашей страны должны и могут вводиться одновременно, т.е. малышу безопасно ввести 2 вакцины в один день. При этом неправильно назначать курсы противоаллергических препаратов здоровому ребенку без показаний для уменьшения возможных аллергий на вакцину. Важно знать, современные вакцины – высоко очищены, в тысячи раз больше старых вакцин прошлого века и очень точно действуют. А противоаллергические средства до проведения прививок не нужны здоровому ребенку, более того, это вредно.

Вот один пример: ко мне, как к детскому врачу-невропатологу, обратилась директор одного крупного медицинского центра по поводу ребенка 3 месяцев, который заболел инфекционным поражением нервной системы, менингоэнцефалитом, и который через 10 дней перестал видеть. В этом медицинском центре ребенка обследовали и выявили, что на одном глазу у него 10 % зрения, а на другом около 0%. По выписке из районной больницы следовало, что ребенок перенес гнойный менингит, но причины столь быстрого развития слепоты до конца не были понятны. Внимательно изучив все медицинские выписки и анализы ребенка, мне показалось, что он не вполне укладывается в гнойный менингит, особенно его слепота. Не буду описывать всю клиническую картину болезни, но в результате я пришла к выводу, что большую роль в состоянии малыша играет внутриутробная вирусная инфекция, а именно цитомегаловирус. Сразу сказала родителям, что надежды на возвращения зрения очень мало, но назначила соответствующее лечение. И вот произошло почти

чудо, у девочки практически до 80% восстановилось зрение, и она стала развиваться неврологически в соответствии с возрастом, как будто не болела менингитом. Тогда родители стали выяснять, каким образом оказалось, что им говорили об одном лечении, а ребенку помогло несколько другое. И они спросили о причинах болезни, считая, что ребенок заболел от вакцины против пневмококка, которую сделали за 2 дня до начала болезни девочки. Я объяснила родителям, уже после относительно благоприятного исхода, что гнойная инфекция мозга имела место, но она развилась из-за цитомегаловирусной инфекции, полученной от матери незадолго до родов. При этом родители сами увидели, что двигательные и сенсорные, т.е. зрительные функции, возвратились именно на терапии против цитомегаловируса. Они поверили в правильность моего мнения именно потому, что целенаправленное лечение вируса вернуло зрение ребенку. Но, тем не менее, их беспокоило то, что активное заболевание совпало по времени с введением вакцины. Когда мы все выяснили, они поняли роль цитомегаловируса в болезни девочки, и я задала вопрос, а почему они считали, что возможная потеря зрения ребенком связана с вакцинацией. Их ответ обескуражил меня, но не удивил. Они сказали, что это неофициальное мнение медицинских работников по месту их жительства, но теперь они поняли, что это не так, так как назначенная терапия помогла им, и это подтвердил крупный медицинский центр – ребенок практически восстановил зрение [7].

Так кто же виноват в антивакцинальных мифах: «религиозные фанатики», «антивакцинальное лобби» или все-таки мы, медицинские работники, сестры и врачи участков и стационаров? Я не могу ответить однозначно на этот вопрос. Но если ты, как медицинский работник, не знаешь ответов, почему так остро и тяжело болен ребенок, то почему можно говорить, что виновата вакцина, в которой нет как такового самого микроба - пневмококка, или коклюша, или дифтерии?! Вакцины, где есть только отдельные частички микробной клетки, не могут вызывать инфекции даже гипотетически. Почему наше незнание проблем ребенка, особенно в случаях развития тяжелых очень опасных заболеваний, выливается в такие «умные» умозаключения? [8]

Мне, как врачу, хочется спросить у таких медицинских работников: «А вам не стыдно ничего не знать, не помогать малышу и еще выдавать такое неправильное мнение, которое навредит и другим детям?»

Давайте мыслить позитивно: дети первых 2-х лет жизни, а точнее в свои первые 1000 дней развития от момента зачатия – самые хрупкие, но и самые

стойкие существа на Земле. У них есть силы состояться, вырасти и жить дальше. Давайте им поможем, пусть они получают грудное молоко, хотя бы до 6 месяцев жизни; пусть родители и родные любят их и выхаживают, обучая простым и столь нужным навыкам движения, ходьбы и речи, человеческой речи. И давайте им чуть-чуть поможем остаться здоровыми, обойтись без инфекций и тренировать свой иммунитет для всей последующей жизни - просто получая столь нужные и важные для детей вакцины.

Литература

1. Cusick S.E., Georgieff M.K. The Role of Nutrition in Brain Development: The Golden Opportunity of the "First 1000 Days". *Journal of Pediatrics*. 2016; 175: 16-21.
2. Walker A. Breast milk as the gold standard for protective nutrients. *Journal of Pediatrics*. 2010; 156(2): S3-S7.
3. Gregory Z Tau, Bradley S Peterson. Normal Development of Brain Circuits. *Neuropsychopharmacology*. 2010; 35(1): 147–168.
4. Suzan A. AlKhater. Approach to the child with recurrent infections. *J Family Community Med*. 2009; 16(3): 77–82.
5. Makwana S., Basu B., Makasana Y., Dharamsi A. Prefilled syringes: An innovation in parenteral packaging. *Int J Pharm Investig*. 2011; 1(4): 200–206.
6. Инструкция по медицинскому применению лекарственного средства Превенар 13® (вакцина пневмококковая полисахаридная конъюгированная адсорбированная инактивированная, жидкая) (Утверждена приказом председателя Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 22 сентября 2016 г. № N004028).
Instrukcija po medicinskomu primeneniju lekarstvennogo sredstva Prevenar 13® (Instructions for the medical use of the medicinal product Prevenar 13®) [in Russian] (vakcina pnevmokokkovaja polisaharidnaja konijugirovannaja adsorbirovannaja inaktivirovannaja, zhidkaja) (Utverzhdena prikazom predsedatelja Komiteta kontrolja medicinskoj i farmacevtičeskoj dejatel'nosti Ministerstva zdravooxranenija i social'nogo razvitija Respubliki Kazahstan ot 22 sentjabrja 2016 g. № N004028).
7. Chee SP, Jap A. Treatment outcome and risk factors for visual loss in Cytomegalovirus endotheliitis. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2012; 250(3): 383-389.

8. Мац А.Н. Вврачам об антипрививочном движении и его вымыслах в СМИ // Педиатрическая фармакология. 2009.- Т. 6.- № 6 .- С.12-35.

Mac A.N. Vracham ob antiprivivochnom dvizhenii i ego vymyslah v SMI (To doctors about anti-vaccination movement and its inventions in the media) [in Russian]. *Pediatricheskaja farmakologija*. 2009; 6(6): 12-35.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

ANALYSIS OF PASSING PREVENTIVE MEASURES BY NURSES FOR HEALTH CONDITIONS

Beknazarova Zh.B.¹, Seidakhmentova A.A.², Baidussenov P.K.³, Toleuova A.Y.¹,
Zharassov N.K.¹

¹ *South Kazakhstan Medical Academy, Lecturer in Emergency Medicine and
Sisterhood, Shymkent, Kazakhstan*

² *South-Kazakhstan Medical Academy, Head of the Department of Emergency Medical
Care and Sisterhood, Shymkent, Kazakhstan*

³ *South-Kazakhstan Medical Academy, Deputy Dean, Shymkent, Kazakhstan*

Abstract

Aim: Analysis of preventive examinations of nursing staff for health conditions.

Methods: The sociological survey had been conducted during 2017-2018 with the participation of 20 nurses.

Results. Only 82.2% of preventive measures were regular, 13.3% relatively regularly, and 4.5% was not underwent preventive measures.

Conclusions: The annual passage of preventive measures reduces the impact of certain factors affecting the health status of nurses.

Key words: preventive measures, middle grade medical personnel, sociological survey.

Мейірбикелердің профилактикалық шаралардан өту реттілігі

Тұжырымдама

Зерттеудің мақсаты: Мейірбикелердің денсаулық жағдайына байланысты профилактикалық шаралардан өту көрсеткіштерін талдау.

Әдістері: Зерттеу 2017-2018 жылдары медициналық мекемелердің 20 мейірбикелері арасында ерікті түрде сауалнама негізінде жүргізілді.

Нәтижесі: Денсаулығын жақсы деп бағалаған 82,2% мейірбике аталған процедураны ретті түрде өтетіндіктерін хабарлайды. Денсаулығы жақсылардың 13,3% – ретті деуге болады, аз ғана 4,5% - өтпейтіндер екені анықталды.

Қорытынды: мейірбикелердің жыл сайын профилактикалық шаралардан өтуі науқас пен қоғам үшін, онымен қоса, өз денсаулығына әсер еткен факторларды анықтауға, жиі кездесетін аурулардың асқынуларын болдырмауға негізделеді.

Кілтті сөздер: профилактикалық шаралар, мейіргерлер, әлеуметтік сауалнама.

Анализ прохождения профилактических мероприятий медицинскими сестрами по состоянию их здоровья

Резюме

Цель: Анализ прохождения профилактических осмотров среднего медицинского персонала по состоянию здоровья.

Методы: социологический опрос был проведен в 2017-2018 гг. с участием 20 медицинских сестер.

Результаты. По результатам исследования было установлено, что 82,2% проходили профилактические мероприятия регулярно, 13,3% относительно регулярно, а 4,5 % не проходили профилактические мероприятия.

Выводы: Ежегодное прохождение профилактических мероприятий позволяет снизить воздействие определенных факторов, влияющих на состояние здоровья медицинских сестер.

Ключевые слова: профилактические мероприятия, средний медицинский персонал, социологический опрос.

УДК 613.6; 613.62

Recieved: 12.06.2018

Accepted: 18.06.2018

Corresponding author: Toleuova A.Y., Lecturer in Emergency Medicine and Sisterhood of the South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

Address: 160019, Republic of Kazakhstan, Shymkent, Al-Farabi Square, 1

Phone: +7 7789642123

E-mail: ai_ol_ak.83@mail.ru

Кіріспе

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ) 21 ғасырда денсаулықты қорғау және нығайту бойынша негізгі басымдықтардың бірі – жұмыс орындары деп есептейді. Жұмыс орындарында жұмысшылардың денсаулығын сақтау үшін жаңа стратегиялар мен жаңа әдіс, тәсілдер керек. ДДСҰ «Салауатты жұмыс орындары» жобасы кәсіби денсаулық және салауатты өмір салты (СӨС), қауіпсіз тәртіп және жеке бас гигиенасы, қауіпсіз азық-түліктер, психикалық денсаулық және медициналық көмекке қол жеткізу, қызметкерлердің өз денсаулығына ортақ жауапкершілігін қалыптастыру сияқты мәселелерді кешенді түрде шешуге мүмкіндік береді. Қазіргі заманғы кәсіпорындардың тұрақты, қарқынды өркендеуі қызметкерлері мен жұмысшыларының денсаулығын, қоршаған ортамен байланысты мәселелерді шешу және кәсіпорындардағы қауіпсіздік шараларын сақтаған жағдайда ғана іске асады.

ҚР Президенті Н.Ә.Назарбаевтың Қазақстан халқына жолдауында: «Сапалы білім беру қызметтерін біз барлық елде әлемдік стандарттар деңгейінде ұсынуға қол жеткізуіміз қажет» делінген. Білім беру үрдісінің қазіргі кезеңінде тәжірибелік денсаулық сақтау ұйымдары үшін біліктілігі жоғары, бәсекеге қабілетті мамандар даярлау медициналық оқу орындарының стратегиялық мақсатына негізделген.

Мейірбикелік көмек сапасын басқару, Дороти Холл пікірінше [1], мейірбикенің кәсіби әрекеті зерттеліп, құрамы анықталып, нормаланған, яғни стандарттарға сәйкес бағаланған жағдайда ғана болу мүмкін. Жалпы қабылданған стандарттарды өңдеу және қолдану мейірбикенің негізгі функцияларының әрбірінің негізгі компоненті, өз әрекеті үшін жауапкершілігінің айнымас шарты болып табылады.

Барлық әрекет түрлерін стандарттар шегінде орындап үйренбеген мейірбикелер жұмысы стандартқа сай емес деп бағалануы психикалық күйзеліс салдарынан, мейірбикелердің денсаулығына кері әсер етуі мүмкін. Жұмысқа қабілеттіліктің басты көрсеткіштері ынта және белсенділік болып табылады. Алайда бұл көрсеткіштері басым адамдарда жүйке жүйесінің қажуының даму қаупі

жоғары. Егер олар жұмысты стандарт бойынша орындауға ұмтылса, үнемі шамадан тыс жүктеме атқарса, демалыс пен еңбектің кезектесі реті бұзылады [2-4].

Барлық әрекет түрлерін стандарттар шегінде орындап үйренбеген мейірбикелер жұмысы стандартқа сай емес деп бағалануы психикалық күйзеліс салдарынан, мейірбикелердің денсаулығына кері әсер етуі мүмкін. Жұмысқа қабілеттіліктің басты көрсеткіштері ынта және белсенділік болып табылады [5]. Алайда бұл көрсеткіштері басым адамдарда жүйке жүйесінің қажуының даму қаупі жоғары. Егер олар жұмысты стандарт бойынша орындауға ұмтылса, үнемі шамадан тыс жүктеме атқарса, демалыс пен еңбектің кезектесу реті бұзылады.

Соңғы уақыттарда мамандар физикалық және психикалық денсаулықтан басқа «эмоционалдық денсаулық» бар екенін жиі айтады. Яғни, адамды ешбір ауру белгісі немесе денсаулық бұзылыстары жоқ кезде ғана емес, сонымен қатар көңіл-күйі жақсы, қуаныш сезімін сезінетін және өмірден рахат ала алатын кезде сау деп санауға болады. Күйзеліс, алдымен, адамның эмоционалдық, содан соң физикалық денсаулығына әсер етеді.

Жұмыс үрдісі барысында орта медициналық қызметкерге физикалық, химиялық және биологиялық текті факторлар кешені әсер ететіні белгілі. Сонымен қатар медициналық қызметкер кәсіби жұмысын атқаруда жекелеген мүшелері мен жүйелерінің зорығуына ұшырайды (қимыл-тірек аппаратынан бастап көру және психоэмоционалды жүйеге дейін) [6,7].

Жоғары жүктеме, түнгі кезекшілік және пациенттердің дертінің асқынуларының жиі болуы білікті мамандандырылған көмекті қамтамасыз етуді қажет етеді. Сонымен қатар, осы жағдайлардың негізі қызметкерлердің денсаулығына әсер етеді, әсіресе медбикеге өз ауыртпалығын тигізеді. Осының нәтижесінде церебральдық бұзылулар, невроз, гипертония түрінде сомато-висцеральды бұзылыстар, асқазан-ішек жолдарының аурулары дамиды.

Зертеудің мақсаты: Мейірбикелердің денсаулық жағдайына байланысты профилактикалық шараларды талдау.

Зерттеу материалдары мен әдістері

Зерттеу 2017-2018 оқу жылында медициналық мекемелердің 20 мейірбикелерін ерікті түрде сауалнамалық сұрау негізінде жүргізілді. Таңдау критерийлері – Шымкент қаласының амбулаторлық-емхана мекемелерінде жұмыс жасайтын мейірбике.

Зерттеу әдістерінің аясында мамандардың өз денсаулығын бағалауға, созылмалы патологияны анықтауға, аурушаңдықтың құрылымы мен медициналық көмектің ұйымдастырылу деңгейін бағалауға арналған сауалнама қолданылған.

Зерттеу жасырын, этикалық қағидалар мен зерттеу жұмыстары бағытындағы халықаралық құжатнамаға сәйкес жүргізілді.

Нәтижелері

Мейірбикелердің 70,0%-ы жыл сайынғы профилактикалық байқауларды ретті түрде өтетіндіктерін көрсетеді. 26,0% – ретті түрде деп санауға болады деген жауапты белгілесе, қалған 4,0%-ы – тіптен өтпеймін деп батыл хабарлайды. Профилактикалық байқаулардың денсаулықтағы бар немесе болуы мүмкін ақауларды ерте сатысында алдын алып, сауығу шараларын дер кезінде орындап, денсаулықты сақтап қалуға бағытталған әрекет екенін ескерсек, бұл салада білімі жеткілікті сәйкес мамандық иелерінің өз денсаулықтарына салғырт қарауы қисынсыз екенін түсінеміз.

Аталмыш процедураны өтуді үздіксіз орындайтын респонденттердің 70,0%-ы үлесі аз болмағанымен 4,0% тіптен өтпеймін деушілердің мамандығы – медицина, ал әрекеті – денсаулық сақтауды іске асырушылар үшін аздық етпейді. Оның үстіне профилактикалық байқауды ретті өтемін деуге болады деушілер арасында жыл аралап қанша кезекті тастап, қаншасын толық өтпегендерін ескерсек, медициналық байқауларды өту реттілігін сақтауды бағалау қиын.

Кесте 1 – Мейіргерлердің денсаулық жағдайына байланысты профилактикалық байқауларды өту реттілігі, %

Профилактикалық байқауларды ретті түрде өтесіз бе?	Денсаулықты өзіндік бағалау көрсеткіштері			
	Жақсы	қанағат танарлық	нашар	жауап беруге қиналамын
иә, ретті түрде	82,2±5,70	63,4±7,52	50,0±25,00	50,0±15,81
ретті деуге болады	13,3±5,06	34,2±7,41	50,0±25,00	40,0±15,49
тіпті өтпеймін	4,5±3,09	2,4±2,39	0,0	10,0±9,49
Барлығы	100,0	100,0	100,0	100,0

1-кестеде денсаулықты өзінше бағалау критерийлеріне сәйкес профилактикалық байқауларды өту реттілігін сақтау мүмкіндіктері қарастырылған. Денсаулығын жақсы деп бағалаған 82,2% мейірбике аталған процедураны ретті түрде өтетіндіктерін хабарлайды (мағынасына сай жақсы көрсеткіш). Денсаулығы жақсылардың 13,3% – жалпы алғанда ретті түрде өтетіндіктер санатында болса, аз ғана 4,5% - өтпейтіндер. Денсаулығын қанағаттанарлық деп бағалайтындардың да жауаптары өз бағаларына лайық таралған: 2/3 бөлігіне жуығы (63,4%) – ретті түрде профилактикалық байқау өтетіндер, 1/3-ден аса (34,2%) шамалы ауытқуларымен ретті өтетіндер екені анықталды.

Талқылау

Мейірбикеледің денсаулығын профилактикалық байқаудан өту реттілігін қарастығанда, профилактикалық байқаудан 82 үлеске дейін өтетіндігі көрсетілген. Сонда мейірбикелер өздерінің денсаулығына көп көңіл бөлетіндігі байқалады. Сондықтан мейірбикелердің өз денсаулығына ұқыпсыз қарауға мәжбүрлейтін күнделікті сарқылмайтын проблемаларын шешуге бағытталған ғылыми негізделген шаралар жүйесін қарастыру медициналық мамандардың денсаулығын қорғау, кәсіби әрекет жағдайларын оңтайландыру, еңбек пен демалыстың рационалды кезектесуін, аурушылдық деңгейін төмендету сияқты нәтижелерге қол жеткізіп мамандардың сапалы еңбек қарқынын арттыруға мүмкіндік береді [8].

Қоғамның мейірбикеге деген көзқарасы, адамға деген көзқарас деп санауға болады. Бұл жерде үйлесімге жету өте маңызды. Мейірбикелер өзінің кәсіптік іс-әрекетінің негізі ретінде кез келген жағдайда емделушінің ықыласын қорғау мен мейірбикелік істегі үздіксіз прогресті қолдану антын қояды. Ал қоғамның мейірбике алдындағы міндеті анық регламенті сақталған заңды актілер көмегімен мейірбикеге әлеуметтік қорғанысты қамтамасыз ету, кәсіптік мансап пен кәсіптік дәрежеге жету мүмкіншілігін тудыру.

Сонымен бірге, мейірбикелік іс адамның ұлттық және таптық сипатын, жасын, жынысын, саяси немесе діни сенімдерін шектемейді. Мейірбике жұмысының негізіне байланысты осы факторлар алдын алу шараларымен тығыз байланысты болып табылады.

Зерттеу статистикасы көрсеткендей медициналық қызметкерлерге еңбек етумен қатар, толыққанды ұйымдастырылған демалыс та қажет екендігі бүгінге дейін еленбей келеді. Демалыс уақытын тиімді ұйымдастыруға кедергі ретінде

респонденттер уақыт пен қаржы қаражатының шектеулігіне шағымданады. Жұмыстан кейін шаршап, қалған қуатын үй шаруасына арнау негізінен әйелдерден тұратын осы категория өкілдеріне тән көрініс.

Сондықтан мейірбикелердің өз денсаулығына ұқыпсыз қарауға мәжбүрлейтін күнделікті сарқылмайтын проблемаларын шешуге бағытталған ғылыми негізделген шаралар жүйесін қарастыру медициналық мамандардың денсаулығын қорғау, кәсіби әрекет жағдайларын оңтайландыру, еңбек пен демалыстың рационалды кезектесуін, аурушаңдық деңгейін төмендету сияқты нәтижелерге қол жеткізіп мамандардың сапалы еңбек қарқынын арттыруға мүмкіндік береді.

Қорытынды

Мейірбикелер жыл сайын профилактикалық шаралардан өтуі науқас пен қоғам үшін, онымен қоса, өз денсаулығына әсер еткен факторларды анықтауға, жиі кездесетін аурулардың асқынуларын болдырмауға негізделеді. Осының нәтижесінде денсаулық жағдайын түзетуге өз үлесін қоса отырып, қоғамға әсерін тигізбейді.

Әдебиеттер

1. Hall DC. The nature of nursing and the education of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*. 1980; 5(2): 149-159.

2. Аяпов К.А., Токбергенова Г.Т. Аяпова Г.К. Инновационная технология в учебный процесс // Материалы II съезда врачей и провизоров РК. – Астана, 2002. – С. 230-232.

Ajapov KA, Tokbergenova GT, Ajapova GK. Innovacionnaja tehnologija v uchebnyj process (Innovative technology in the learning process) [in Russian]. *Matetrialy II svezda vrachej i provizorov RK*. Astana. 2002: 230-232.

3. Программа «Здоровый образ жизни» на 2008 - 2016 годы [электронный ресурс]. Дата обращения: 01.06.2018. Available: <http://online.zakon.kz>.

Programma «Zdorovyj obraz zhizni» na 2008 - 2016 gody (The Healthy Lifestyle Program for 2008-2016) [in Russian] [jelektronnyj resurs]. Data obrashhenija: 01.06.2018. Available: <http://online.zakon.kz>.

4. Калматаева Ж.А. Результаты социологической оценки взаимоотношений медработников и пациентов // Милосердие. – Алматы, 2008. – №3-4. – С.4-6.

Kalmataeva Zh.A. Rezul'taty sociologicheskoy ocenki vzaimootnoshenij medrabotnikov i pacientov (Results of the sociological assessment of the relationship between health workers and patients) [in Russian]. Miloserdie. Almaty, 2008; 3-4: 4-6.

5. Косарев В.В., Бабанов С.А. Профессиональные болезни медицинских работников // Медицинская помощь. – 2009. – №1. – С.11-16.

Kosarev VV, Babanov SA. Professional'nye bolezni medicinskih rabotnikov (Occupational diseases of medical workers) [in Russian]. Medicinskaja pomoshh'. 2009; 1: 11-16.

6. Adams O. Chaging Aspects of human resources for value for money. Geneva, 1995: 131-145.

7. Абакова М.А. Стратегия реформирования сестринского дела в г. Алматы // Милосердие. – Алматы, 2000. – №2. – С.17-20.

Abakova M.A. Strategija reformirovanija sestrinskogo dela v g. Almaty (Strategy of nursing reform in Almaty) [in Russian]. Miloserdie. Almaty, 2000; 2: 17-20.

8. Дәулетбаев Д.А. Медбикелік білімнің жағдайы мен болашағы// Милосердие. – Алматы, 2009. – №3-4. – С.13-15.

Dauletbaev D.A. Medbikelik bilimning zhagdajy men bolashagy (Status and prospects of nursing) [in Kazakh]. Miloserdie. Almaty, 2009; 3-4: 13-15.

INFLUENCE OF NURSES' LEVEL OF EDUCATION ON THE QUALITY OF WORK

Duissebayeva U.Y.¹, Seidakhmetova A.A.², Orazbayeva E.A.³, Baidaliyeva M.G.¹

¹ South -Kazakhstan Medical Academy, undergraduate in the specialty "Nursing",
Shymkent, Kazakhstan

²South-Kazakhstan Medical Academy, Head of the Department of Emergency Medical
Care and Nursing, Shymkent, Kazakhstan

³South-Kazakhstan Medical Academy, Assistant of the Department of Emergency
Medical Care and Nursing, Shymkent, Kazakhstan

Abstract

Purpose: To study the influence of the level of education of nurses on the quality of work.

Methods: The study was conducted using a sociological survey and consisted of three stages. The study involved 20 nurses with different levels of education, 20 doctors. The analysis of the data used theoretical, empirical and statistical methods.

Results. The average medical personnel in personal and professional terms were highly appreciated by the doctors of the dispensary. The theoretical part of the testing revealed that only 5 nurses out of 20 coped with "excellent"; of them 2 nurses with a higher education. Practically all the nurses managed to do this.

Conclusions: The level of education of nurses affects the quality of work, confirm the willingness of nurses to expand their independence in organizing care for patients.

Key words: level of education of nurses, quality of medical care, questionnaire, Kazakhstan.

Мейіргерлердің білім деңгейінің медициналық қызметтің сапасына әсері

Тұжырымдама

Зерттеудің мақсаты: Мейіргерлердің білім деңгейінің медициналық қызметтің сапасына тигізетін әсерін анықтау.

Әдістері: Зерттеу үш кезеңнен тұратын сауалнама мен тестілеу арқылы жүргізілді. Жұмысқа білім деңгейі әр түрлі болатын 20 мейірбике мен 20 дәрігер қатысты. Алынған нәтижелерді талдауда теориялық, эпилрикалық және статистикалық әдістер қолданылды.

Нәтижесі: Диспансердің дәрігерлері мейіргерлерді олардың жеке бас қасиеттері мен кәсіби тұрғыда жоғары бағалады. Тестілеудің теориялық бөлімінде тек 5 мейіргер ғана «үздік» деп бағаланды. Олардың екеуінің білімі жоғары екені анықталды. Ал тәжірибелік бөлімде барлық мейірбикелер өте жоғары дәрежеде тестілеуден өтті.

Қорытынды: Мейіргерлердің білім деңгейі олардың атқаратын медициналық қызметінің сапасына өз әсерін тигізіп, науқастардың күтімін ұйымдастыруда дербестікті дамытуға септігін тигізеді.

Кілтті сөздер: мейіргерлердің білім деңгейі, медициналық қызметтің сапасы, сауалнама, Қазақстан.

Влияние уровня образования медицинских сестер на качество работы

Резюме

Цель: Изучение влияния уровня образования медицинских сестер на качество работы.

Методы: Исследование проводилось с помощью социологического опроса и состояло из трех этапов. В исследовании участвовали 20 медицинских сестер с разным уровнем образования, 20 врачей. При анализе данных применялись теоретические, эмпирические и статистические методы.

Результаты. Средний медицинский персонал в личном и профессиональном плане были высоко оценены врачами диспансера. Теоретическая часть тестирования выявила, что только 5 медицинских сестер из 20 справились на «отлично»; из них 2 медицинские сестры с высшим образованием. С практической частью справились все медицинские сестры.

Выводы: Уровень образования медицинских сестер влияет на качественные показатели работы и подтверждает готовность медицинских сестер к расширению самостоятельности при организации ухода за пациентами.

Ключевые слова: уровень образованности медицинских сестер, качество медицинской помощи, анкетирование, Казахстан.

УДК 61:001.92

Recieved: 28.05.2018

Accepted: 12.06.2018

Corresponding author: Duissembayeva Ulzhan, undergraduate in the specialty "Nursing" of the South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan.

Address: 160019, Republic of Kazakhstan, Shymkent, Al-Farabi Square, 1

Phone: +7 77859310937

E-mail: ulzhan-91@mail.ru.

Введение

Социально-экономические изменения, происходящие в нашей стране и за рубежом, выдвигают новые требования к педагогической теории и практике в целях подготовки профессионально грамотных кадров, приспособленных к жизни и труду в условиях устанавливающихся новых отношений, сознательному участию в трудовой деятельности.

Проблема профессиональной адаптации и формирование продуктивного клинического опыта на сегодняшний день очень актуальна, особенно она значима для задач формирования профессиональной направленности на медицинскую профессию. Рынок труда диктует коренное изменение целей и задач профориентации. Возрастает роль специализации и профессионализации труда. Выпускники медицинских учебных заведений должны быть конкурентоспособными и для продолжения образования, и для работы в конкретном медицинском учреждении [1].

В условиях реформирования здравоохранения медицинские сестры рассматриваются как ключевой ресурс. Они составляют самую большую группу специалистов в системе, работают в различных структурах. Вместе с тем они нуждаются в образовании и профессиональной подготовке, чтобы соответствовать уровню задач, которые ставятся в связи с акцентом на расширение полномочий персонала среднего звена. Именно поэтому во всем мире специалисты сестринского дела в настоящее время проходят подготовку не только на уровне базового технического и профессионального образования, но также и в рамках бакалавриата, магистратуры и докторантуры по сестринскому делу [2].

Клиническое суждение медицинской сестры, а также адекватность кадрового обеспечения, является залогом эффективного наблюдения и улучшение результатов лечения, что объясняет значимость высшего сестринского образования.

Высшее образование делает медицинских сестер более конкурентоспособными, дает им потенциальные шансы, и реальные возможности занимать престижные должности. Но дальнейший карьерный рост во многом зависит от активности самого выпускника. Компетентные специалисты занимают должности главных медицинских сестер, старших медицинских сестер отделений. В ряде лечебно-профилактических учреждений формируются небольшие, но уже коллективы медицинских сестер с высшим образованием. Хотя далеко не везде объективная потребность в медицинских сестрах новой формации совпадает с их фактической востребованностью. По мнению руководителей сестринских служб стран европейского региона, опубликованному в докладе Европейского бюро ВОЗ, от 5 до 30% работающих медицинских сестер должны иметь высшее сестринское образование [2].

В странах западной Европы, США и многих странах СНГ бакалавры сестринского дела свою трудовую деятельность начинают рядовыми медицинскими сестрами. В США для получения степени магистра, медицинской сестре – бакалавру, требуется стаж практической работы в качестве рядовой специализированной медицинской сестры не менее двух лет [3].

По окончании учебных заведений медицинские сестры со средним и высшим образованием, которых готовили к самостоятельной работе с больным в рамках сестринского процесса, попадают в лечебные учреждения, где становятся бесправными исполнителями распоряжений врачей. Таким образом, компетенции, полученные в учебном заведении, остаются невостребованными. Указанный дисбаланс может и должен быть устранен введением в штатное расписание лечебных учреждений страны должностей для медицинских сестер – бакалавров. Бакалавры сестринского дела должны быть наделены правом принятия самостоятельных решений по планированию и организации ухода за больным, наблюдению за его состоянием в рамках сестринского процесса, обучению здоровому образу жизни, самоуходу, адаптации пациента к его заболеванию, психологической поддержке пациента и его близких [4].

Все больше данных говорят о том, что кадровое обеспечение медицинских сестер влияет на качество медицинской помощи в лечебных учреждениях, но малоизвестно о том, важен ли уровень образования при уходе за пациентами.

Медицинские сестры составляют основу при наблюдении за пациентом и выявляют ранние осложнения при проблемах во время ухода; они могут

инициировать действия, которые свели бы к минимуму негативные последствия для пациентов [5].

Под сестринским уходом понимают целый комплекс лечебных, профилактических, гигиенических мероприятий, направленных на облегчение страданий больного, скорейшее его выздоровление и предупреждение осложнений заболевания: выполнение назначений врача (прием лекарственных средств, выполнение различных процедур и т.д.), диагностические манипуляции (сбор мочи, мокроты и кала для анализа и т.д.), подготовка к определенным исследованиям, наблюдение за состоянием больного, оказание первой доврачебной помощи, поддержание должной чистоты больного и окружающей его среды, предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и т.д. [6].

Без качественного сестринского ухода не может быть качественной медицинской помощи. Проблема структурной перестройки отрасли требует новых подходов в решении сложных социально – психологических задач в сфере рационального использования трудовых ресурсов [7].

Цель исследования: Изучение влияния уровня образования медицинских сестер на качество работы.

Материалы и методы

Исследование влияния уровня образования на качество работы медицинских сестер проводилось на базе ГКП на ПХВ «Областной кардиологический диспансер» Управления здравоохранения Южно-Казахстанской области. Временные границы проведенного исследования – январь – март 2018 года. В исследовании принимали участие 20 медицинских сестер с разным уровнем образования, 20 врачей. При анализе данных применялись теоретические, эмпирические методы и статистические. С помощью теоретических методов, таких как анализ литературных данных, анализ нормативно-правовых документов, анализ инструкций сформировалась цель исследования и основные задачи для определения качественных показателей работы среднего медицинского персонала [8]. Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе использовался один из эмпирических методов – анкетирование. Анкеты самостоятельно заполнялись респондентами. В анкетировании принимали участие 20 медицинских сестер. Средний возраст медицинских сестер - 33,5 лет. В анкете содержался перечень вопросов, адаптированных к условиям работы

диспансера. Анкета состояла из таких блоков как: общий (паспортная часть, общий медицинский стаж, стаж работы, уровень образования, квалификация), блок вопросов по специфике работы, степени нагрузки медицинской сестры, распределении рабочего времени, блок вопросов, связанных с оформлением документаций и правилами ухода за пациентами.

На втором этапе был произведен опрос врачей. Для каждой категории участников были разработаны свои вопросы, касающиеся качественных показателей работы среднего медицинского персонала и работы диспансера.

Среди врачей был проведен опрос, в котором они оценивали профессиональные качества работы среднего медицинского персонала. В нем были выделены основные моменты работы медицинских сестер: грамотное ведение медицинской документации; умение быстро и четко действовать в экстренных ситуациях; затраты времени на основные и второстепенные задачи; владение всеми манипуляциями, необходимыми в работе; профессиональная компетентность; коммуникативная компетентность.

Для оценки личностных качеств было предложено оценить культуру речи, внешний вид и стиль поведения. Все качества оценивали по пятибалльной системе. После выставления оценок, все полученные баллы были суммированы, затем количество баллов разделено на количество полученных оценок, найдено тем самым среднее арифметическое значение.

Третий этап. Тестирование – включал в себя подготовку качественных тестов, собственно проведение тестирования и последующую обработку результатов, которая дает оценку обученности тестируемых. Тестирование проводилось среди среднего медицинского персонала. Тесты были направлены на проверку теоретических и практических знаний 20 медицинских сестер диспансера. Экспертом по оценке знаний являлась главная медицинская сестра диспансера (бакалавр по специальности «Сестринское дело»).

Для определения качества работы среднего медицинского персонала использовался традиционный тест, который содержал список вопросов и различные варианты ответов, а также практическую часть. В практической части содержались следующие манипуляции: оценка функционального состояния пациентов; оценка потребности пациента в сестринской помощи; осуществление комплекса мероприятий по уходу за больными; проведение всех видов инъекций (в/в, в/м, п/к, в/к); учет, выписка и хранение лекарственных средств; заполнение медицинской документации. При проведении практического уровня оценки

манипуляций, были выбраны следующие критерии оценки: без замечаний 2 балла, незначительные замечания 1 балл, неудовлетворительное выполнение 0 баллов.

Исходя из того, что каждой медицинской сестре было предложено выполнить по 3 манипуляции, максимальное число баллов, для каждого сотрудника – 6. Оценка тестовых заданий проводилась по принципу 1 балл за каждый правильный ответ, и максимально составляла 20 баллов.

Результаты

Мы проанализировали данные, полученные из анкет медицинских сестер; распределили все вопросы по блокам, тем самым структурируя информацию из них. Возраст ($p \geq 33,5$ год $\pm 1,5$) года.

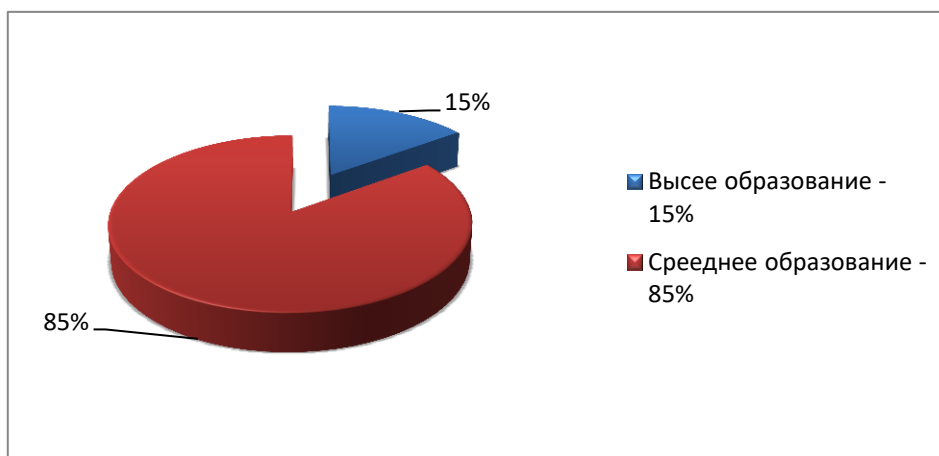


Рисунок 1 – Распределение медицинских сестер по образованию

По результатам анкетирования медицинских сестер было выяснено, что из 20 опрошенных медицинских сестер 3 (15%) имеют высшее сестринское образование; 8 (40%) имеют высшую категорию, 8 (40%) - медицинских сестер с 1-й категорией, 3 (15%) со 2 й категорией, рисунок 1, 2.



Рисунок 2 – Распределение медицинских сестер по категориям

Из блока вопросов касающихся нагрузки и распределения рабочего времени было выявлено, что 8 (40%) считают нагрузку на рабочем месте - адекватной. Остальные 12 (60%) медицинских сестер считают, что нагрузка на рабочем месте – чрезмерная и это связано, по их мнению, с недостатком кадров – 6 (30%), неправильным распределением рабочего времени – 4 (20%), выполнением несвойственных должностных обязанностей – 2 (10%). Результаты представлены на рисунке 3.

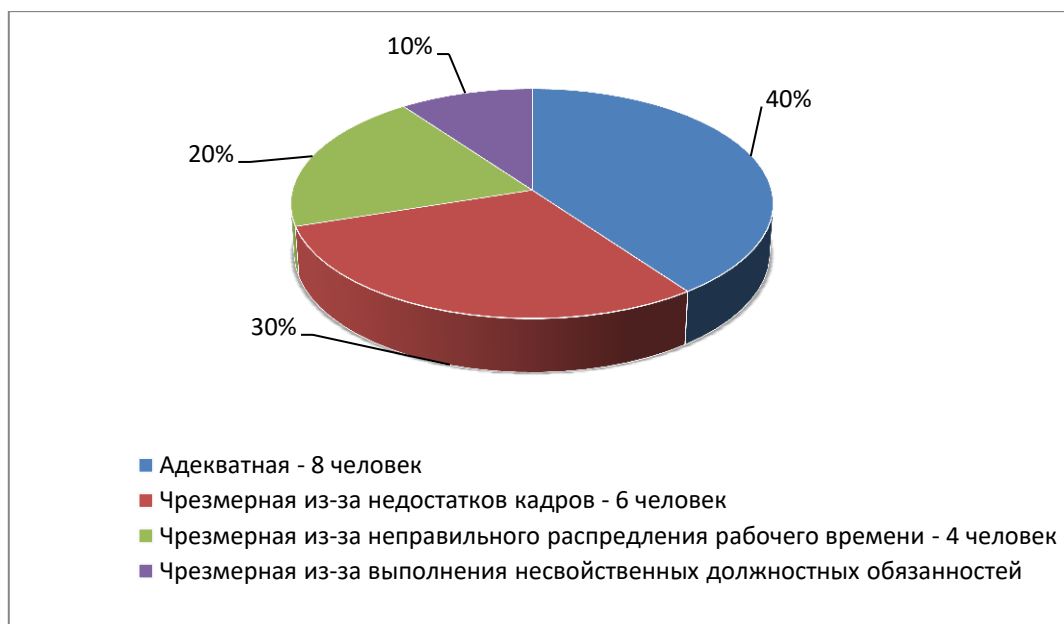


Рисунок 3 – Нагрузки и распределение рабочего времени медицинских сестер

На вопросы связанные с оформлением медицинской документации 20 (100%) ответили, что оформляется и ведется ежедневно. В последнем вопросе

анкеты медицинским сестрам было предложено указать, является ли степень бакалавра, степень магистра или другая степень важной в области ухода за пациентом. 13 (65%) опрошенных респондентов считают, что качественные показатели работы непосредственно связаны с образованием медицинской сестры нового формата.

Обсуждение

В результате анкетирования было выявлено что, по мнению медицинских сестер у большинства из них нагрузка на рабочем месте чрезмерная. Поэтому для повышения качественных показателей работы среднего медицинского персонала руководству диспансера необходимо проанализировать штатные и занятые единицы, пересмотреть графики работы и должностные инструкции среднего медицинского персонала.

Подведение итогов второго этапа исследования, было осуществлено по следующей схеме:

1. подсчет среднего значения баллов по каждому вопросу всех анкет;
2. подсчет среднего обобщенного балла по всем анкетам.

Средний медицинский персонал в личном и профессиональном плане были высоко оценены врачами диспансера. Максимальное количество баллов получилось при оценке профессиональных качеств среднего медицинского персонала. Средний балл составил – 5,0. Личные качества практически у всех сотрудников были оценены на - 4,5 балла. Средний обобщенный балл второго этапа опроса по профессиональным и личностным качествам составил - 4,8. По итогам этого этапа исследования профессиональные качества среднего медицинского персонала были оценены на самые высокие баллы.

Заключительный этап исследования состоял из двух частей – теоретической и практической. Теоретическая часть тестирования выявила, что только 5 медицинских сестер из 20 справились на «отлично»; из них 2 медицинские сестры с высшим образованием.

Что касается практической части тестирования, то с ней справились все медицинские сестры, 13 из них справились на «отлично», 3 с высшим образованием, 7 имеют категории, а 3 медицинские сестры - это женщины пенсионного возраста с большим опытом работы в этой сфере деятельности.

Выводы

Исследование показало, что уровень образования медицинских сестер влияет на качественные показатели работы, подтверждают готовность медицинских сестер к расширению самостоятельности при организации ухода за пациентами. Для этого им необходимо регулярно повышать свой профессиональный и квалификационный уровень, применять свои знания, умения и навыки в работе.

Литература

1. Хусаенова А.А., Насретдинова Л.М., Богданов Р.Р. Совершенствование подготовки медицинских сестер как актуальная проблема реформирования системы здравоохранения // Актуальные вопросы современной педагогики: материалы IX Междунар. науч. конф. - Самара: ООО "Издательство АСГАРД", 2016. - С. 57-59.

Husaenova A.A., Nasretdinova L.M., Bogdanov R.R. Sovershenstvovanie podgotovki medicinskih sester kak aktual'naja problema reformirovaniya sistemy zdavoohranenija (Improving the training of nurses as a topical issue of reforming the health system) [in Russian]. Aktual'nye voprosy sovremennoj pedagogiki: materialy IX Mezhdunar. nauch. konf. - Samara: ООО "Izdatel'stvo ASGARD", 2016: 57-59.

2. Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2019 года: утв. Министром здравоохранения Республики Казахстан 6 декабря 2016 года.

Kompleksnyj plan razvitija sestrinskogo dela v Respublike Kazahstan do 2019 goda (Comprehensive plan for the development of nursing in the Republic of Kazakhstan until 2019) [in Russian]: utv. Ministrom zdavoohranenija Respubliki Kazahstan 6 dekabrya 2016 goda.

3. Парахонский А.П., Венглинская Е.А. Болонский процесс и высшее сестринское образование // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2009. – № 4. – С. 73-80.

Parahonskij AP, Venglinskaja EA. Bolonskij process i vysshee sestrinskoe obrazovanie (Bologna process and higher nursing education) [in Russian]. Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij. 2009; 4: 73-80.

4. Рамонова Л.П., Борисов Ю.Ю., Бондаренко П.П., Запрудина Г.Г. и др. Перспективы применения бакалавров сестринского дела в практическом

здравоохранении Российской Федерации // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 11-6. – С. 921-925.

Ramonova LP, Borisov JuJu, Bondarenko PP, Zaprudina GG. i dr. Perspektivy primenenija bakalavrov sestrinskogo dela v prakticheskom zdravooxranenii Rossijskoj Federacii (Prospects for the application of bachelors of nursing in practical health care in the Russian Federation) [in Russian]. Mezhdunarodnyj zhurnal jeksperimental'nogo obrazovanija. 2015; 11(6): 921-925.

5. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB. et al. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. Jama. 2003; 290(12): 1617-1623.

6. Давлицарова К.Е. Основы ухода за больными. Первая медицинская помощь. М., 2004. –132 с.

Davlicarova KE. Osnovy uhoda za bol'nymi. Pervaja medicinskaja pomoshh' (Fundamentals of nursing. First aid) [in Russian]. М., 2004: 132 p.

7. Иодковский К.М., Хильмончик Н.Е., Высшее сестринское образование в Республике Беларусь: состояние и перспективы развития // Медицинская сестра на рубеже XXI века Сб.науч.работ.-Гродно, 2002. С.68-70.

Iodkovskij K.M., Hil'monchik N.E., Vysshee sestrinskoe obrazovanie v Respublike Belarus': sostojanie i perspektivy razvitija (Higher Nursing Education in the Republic of Belarus: Status and Prospects of Development) [in Russian]. Medicinskaja sestra na rubezhe XXI veka Sb.nauch.rabot.Grodno, 2002: 68-70.

8. Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н., Ищенко О.Ю. Оптимизация работы среднего медицинского персонала в условиях детской стоматологической поликлиники г. Краснодар // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 2. – С. 135-138.

Salalykina EV, Lynova EN., Ishhenko OJu. Optimizacija raboty srednego medicinskogo personala v uslovijah detskoj stomatologicheskoj polikliniki g. Krasnodara (Optimization of the work of paramedical personnel in the conditions of a children's dental clinic in Krasnodar) [in Russian]. Mezhdunarodnyj studencheskij nauchnyj vestnik. 2016; 2: 135-138.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В
РАЗВИТИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ УЧАЩИХСЯ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»**

Добрицкая Н.В.

*Минский государственный медицинский колледж, преподаватель педиатрии,
Минск, Республика Беларусь*

Целью практической подготовки учащихся является обеспечение их готовности к осуществлению профессиональной деятельности. Достижение этой цели осуществляется путем формирования у учащихся общих и профессиональных компетенций, углубления и расширения знаний и умений, а также приобретения практического опыта по избранной специальности.

Современные условия диктуют необходимость широкого внедрения в образовательный процесс различных педагогических технологий. Их внедрение позволяет сократить время и повысить эффективность обучения, увеличить возможность расширения источников получения знаний, сократить затраты труда преподавателя.

К современным педагогическим технологиям относят: технологии личностно-ориентированного образования, технологию проблемного обучения, игровые технологии, информационные технологии, здоровьесберегающие технологии, технологию уровневой дифференциации, технологию развития критического мышления, кейс-технология и многие другие.

Выбор технологий обучения преподаватель осуществляет, руководствуясь, своим педагогическим опытом, уровнем владения педагогическим инструментарием.

В результате применения образовательных технологий у учащихся формируется собственное мнение, самостоятельность, вырабатывается умение принимать решение в реальных условиях, формируется умение работать в

коллективе, развивается инициативность и творческое отношение к учебе и будущей профессии.

Эффективным методом обучения является метод кейсов, то есть рассмотрение конкретных случаев практики. Данный метод обучения, позволяет подготовить конкурентоспособных специалистов.

Сущность кейс-технологии состоит в организации самостоятельной познавательной деятельности учащихся по анализу и решению ситуаций профессиональной деятельности.

Однако использование кейс-технологий в обучении не решит всех проблем и не должно стать самоцелью. Необходимо учитывать цели и задачи каждого занятия, характер материала, возможности учащихся. Наибольшего эффекта можно достичь при разумном сочетании традиционных и интерактивных технологий обучения, когда они взаимосвязаны и дополняют друг друга.

Ключевые слова: педагогические технологии, сестринское дело, сестринское образование.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 61:001.92

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ УЧАЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА СРЕДСТВАМИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

Лютко Л.А.

*Белорусский государственный медицинский колледж, руководитель практики,
Минск, Республика Беларусь*

Основной целью образовательных стандартов и инновационных решений современного образовательного процесса является обретение обучающимся компетенций в определенной сфере деятельности.

Компетентностный подход подразумевает возможность обучаться на рабочем месте или в ситуации, имитирующей трудовую среду, что позволяет будущему специалисту максимально адаптироваться к реальности будущей

трудовой деятельности. Обучение, ориентированное на формирование компетенций, наиболее эффективно реализуется в форме модульных программ.

В учреждении образования «Белорусский государственный медицинский колледж» именно модуль, как новая структурная единица учебных программ, занимает центральное место. Выпускник медицинского колледжа в ходе обучения ориентирован, прежде всего, на приобретение практического опыта, который опирается на комплексно осваиваемые умения и знания. Каждый модуль может осваиваться независимо, а их совокупность позволяет достичь итоговой компетентности в профессиональной сфере.

С целью определения эффективности применения модульной технологии в преподавании практических занятий на дисциплине «Основы общей онкологии» было проведено исследование «Влияние средств модульного обучения на формирование профессиональной компетентности учащихся». Следует отметить, что практические занятия проводились на клинических базах колледжа – в больнице сестринского ухода и Хосписе.

Для проведения исследования использовались следующие методы: теоретический анализ проблемы на основе изучения психолого-педагогической и методологической литературы; диагностика с использованием анкетирования; наблюдение; описание; анализ; обобщение и систематизация результатов эксперимента.

Теоретическая и практическая значимость исследования состоит в том, что были обоснованы педагогические условия применения модульного обучения, реализован комплексный подход к использованию модульного обучения для формирования профессиональных компетенций обучающихся.

По итогам исследования сделан вывод: применение средств модульного обучения на практических занятиях в рамках дисциплины «Основы общей онкологии» позволяет формировать у учащихся знания более высокого уровня, обеспечивает более эффективную их интеграцию и систематизацию к концу цикла обучения, формирует профессиональные компетенции, необходимые для реализации в будущей профессии.

Ключевые слова: профессиональная компетенция, сестринское дело, модульное обучение.

МОДЕРНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ПОДГОТОВКИ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАК ИНСТРУМЕНТ РАЗВИТИЯ ПАТРОНАЖНОЙ СЛУЖБЫ В СИСТЕМЕ ПМСП КАЗАХСТАНА

Ташкенбаева Б.Т.¹, Баянбаева А.А.²

¹*Шымкентский высший медицинский колледж, заведующая отделением «Сестринское дело», Шымкент, Казахстан*

²*Шымкентский высший медицинский колледж, преподаватель анатомии, Шымкент, Казахстан*

Введение. Сложившаяся в мире демографическая ситуация вынуждает всерьез задуматься о благополучии детей раннего возраста и необходимости срочных инвестиций, и как следствие, возникают вопросы о пересмотре деятельности функций средних медицинских работников, задействованных в действующей системе ПМСП в качестве патронажной службы.

Цель исследования: проведение оценки результатов патронажной службы медицинскими сестрами.

Материалы и методы. Для промежуточного подведения итогов проведенной работы по патронажной деятельности было проведено анкетирование среди студентов IV курса по модулю 3 «Прикорм» курса «Партнерство между семьями и патронажными работниками для повышения благополучия детей раннего возраста». Общие итоги по курсу подводились при следующем анкетировании, где принимали участие 50 человек.

Результаты. Промежуточная оценка знаний, умений и навыков студентов, показывает рост интереса к обучению, формирование у студентов навыков качественного обслуживания населения и обеспечению безопасности детей раннего возраста, проявление качеств, необходимых в командной работе, таких как лидерские качества.

По результатам проведенной работы можно сказать, что курс «Партнерство между семьями и патронажными работниками для повышения благополучия детей раннего возраста» по внедрению программы ЮНИСЕФ прогрессивной универсальной модели патронажной службы зарекомендовал себя с положительной стороны, дав преподавателям необходимый пакет раздаточного

материала и способствуя тем самым развитию активных методов теоретического обучения и практической подготовки будущих работников патронажной службы.

Преподаватели предмета «Сестринское дело» отмечают возможность организации на занятиях активной учебной деятельности студентов, прочно усвоенный программный материал, развитие у студентов коммуникативных навыков, связанных с реализацией профессиональных задач.

В процессе практического обучения студентов в медицинских организациях методистами производственного обучения студентов отмечается хорошая сформированность коммуникативных навыков студентов по работе с целевой аудиторией, подготовленность к реализации диалоговой части работы предоставления информации и рекомендаций по введению прикорма.

Заключение. Таким образом, при реализации курса «Партнерство между семьями и патронажными работниками для повышения благополучия детей раннего возраста» по программе ЮНИСЕФ для внедрения прогрессивной универсальной модели патронажной службы решается вопрос подготовки будущих специалистов к реализации профессиональных задач в сфере практического здравоохранения. Курс рекомендуется для внедрения в систему теоретической и практической подготовки специалистов сестринского дела в части обеспечения необходимых условий для здоровья, безопасности и развития детей раннего возраста.

Ключевые слова: патронажная деятельность, ПМСП, медицинские сестры, Казахстан.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 61:001.92

АНАЛИЗ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»

Исаева А.К., Шакетова А.Ш.

Государственный медицинский колледж имени Д.Калматаева, Семей, Казахстан

Введение. На протяжении длительного периода в стране сестринскому делу не уделялось должного внимания. Это привело к значительному отставанию этой

области здравоохранения от развития современной науки и медицинских технологий, явилось причиной выбывания из профессии квалифицированного сестринского персонала, повсеместного снижения обеспеченности лечебно-профилактических учреждений сестринскими кадрами, увеличения дисбаланса в соотношении между врачами и медицинскими сестрами, и, как следствие, ухудшения качества оказываемой медицинской помощи. Вхождение Казахстана в новые социально-экономические условия выдвинуло на первый план необходимость проведения изменений в национальную систему образования. Введение Государственных общеобязательных стандартов образования по специальности «Сестринское дело» предполагают разработку методов обучения, отвечающих современным требованиям учебного процесса. Вместе с тем малоизученными остаются вопросы, связанные с разработкой теоретических основ системы формирования компетенций сестринских манипуляций, анализа унифицированности алгоритмов практических навыков вертикальной интеграции, позволяющий выявить навыки, по которым нет единого алгоритма.

Цель работы: совершенствование выполнения алгоритма практических навыков по специальности «Сестринское дело».

Материалы и методы: Реализация работы предполагает поэтапное изучение проблем: I этап: Сбор и обработка информации: изучение структуры кадрового потенциала и результатов самооценки уровня практических компетенций ПС колледжа путем анкетирования; составление карты формирования алгоритма практических навыков согласно вертикальной интеграции.

II этап: - составление перечня практических навыков по дисциплине «Основы сестринского дела»; суммировать списки навыков, по которым нет единого алгоритма.

Результаты. При анализе полученных нами данных было выявлено, что в целом алгоритмы выполнения сестринских манипуляций по дисциплине «Основы сестринского дела» по программе соответствовали требованиям практического здравоохранения. Однако, преимуществом алгоритмов СОП-а (Стандарт образовательной программы) явилась формулировка цели, показаний и противопоказаний прописанных перед каждым навыком, а также указание перечня необходимого оборудования для их выполнения.

Выводы: На наш взгляд данные пункты следует учесть и рекомендовать разработчикам программ при составлении алгоритма практических манипуляций.

Ключевые слова: сестринское дело, практические навыки, интеграция, Казахстан

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 614; 614.2; 614:33

ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ ПРИКЛАДНОГО БАКАЛАВРИАТА В ПРОЦЕССЕ РЕАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Алибаева Г.А., Утеулиева Д.З

Западно-Казахстанский высший медицинский колледж, Уральск, Казахстан

Введение. Выбор профессии и в частности планирование карьеры - важное звено в жизненном и профессиональном становлении человека. Именно она дает возможность человеку удовлетворить свои основные потребности, реализовать себя как личность. Абитуриенты желающие выстроить свою карьерную траекторию, все чаще обращаются к сестринскому делу, если они прислушиваются к официальным прогнозам карьеры. На сегодняшний день профессия медицинской сестры является достаточно высоко востребованной.

Среди средств, позволяющих оценить не только знания, умения и навыки, но и сформированность компетенций важная роль принадлежит как традиционным, проверенным годами, оценочным средствам, так и инновационным. Среди последних наиболее часто используются балльно-рейтинговая система; решение ситуационных задач (кейс-метод); деловые игры, PBL, TBL и т.д. При этом отличную оценку студент может получить разными путями: при наиболее доскональном освоении теоретического и практического материала и несколько менее выраженной творческой активности, или, напротив, за счет высоких личностных креативных качеств и способности свободно оперировать в решении практических задач даже не полностью освоенным теоретическим материалом. К инновационным методам оценки сформированности компетенций как профессиональных, так и базовых можно отнести и метод формирования самим студентом портфолио, как способа оценки его достижений в разных направлениях деятельности за весь период обучения в колледже.

Цель работы: изучить позицию выпускников колледжа в отношении формирования базовых и профессиональных компетенций в процессе обучения.

Материалы и методы. Проведено добровольное анонимное анкетирование выпускников колледжа, через месяц после получения диплома. Проведено анкетирование 20 студентов выпускной группы (со сроком обучения 3 г. 6мес.)

Результаты. Среди профессиональных компетенций, которые выпускники прикладного бакалавриата способны проявить в будущей практической деятельности, преобладает умение самостоятельно делать инъекции, обследовать пациента – более 90% ответов, при этом 65% полагают, что могут сделать это в полном объеме. Около 75% – провести консультирование населения по укреплению здоровья, около 70% – владеть широким спектром клинических навыков и технологий для обеспечения пациент-центрированного сестринского ухода в соответствии со стандартами операционных процедур и доказательными сестринскими руководствами, около 60% – осуществлять безопасный пациент-центрированный сестринский уход, принимать ответственность за независимые решения, действия и управление персоналом.

Большинству выпускникам удалось освоить основы межличностного общения с пациентами и коллегами, в основном, в медицинских учреждениях (50%) и в колледже (40%). 80-90% оценили уровень квалификации преподавателей и преподавания дисциплин как высокий и достаточный, при этом для профильных дисциплин этот показатель составил 95%. Наиболее важным профессиональным качеством, необходимым для будущего прикладного бакалавра, выпускники считают знания (80%), еще и внимательность к пациентам (24%). По мнению студентов, наиболее важными качествами, которые работодатели требуют от выпускников, являются знания, практические навыки (около 90% ответов), умение общаться с пациентами (60%), умение пользоваться компьютером (60% ответов) а наименее важными - знание иностранного языка (40%), умение общаться с коллегами (10%).

Выводы: Анализ исследования особенностей формирования профессиональной компетентности показал, что большинство студентов правильно понимают суть понятий «Компетентность» и «Профессиональная компетентность».

Ключевые слова: профессиональная компетентность, сестринское дело, образовательная программа.

МЕЙІРГЕР ІСІНДЕГІ ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ҚҰЗІРЕТТІЛІКТІ ДАМУ

Сейдахметова А.А., Ибрагимова А.Г., Қауызбай Ж.Ә.,

Ерімбетова Л.С., Султанова Ж.С.

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан

Тақырыптың өзектілігі. Қазіргі уақытта теориялық және тәжірибиелік білім беру, менеджмент, әлеуметтік психология, педагогика және ұйымдастырушылық даму саласындағы «құзыреттілік» тұжырымдамасын анықтау, қалыптастыру және дамыту мәселелеріне үлкен көңіл бөлінеді. Бір жағынан, бұл құзыреттілік тәсілінің жоғары танымалдылығын көрсетеді, екінші жағынан - құзыреттілік тұжырымдамасын анықтауда, нақты құзыреттілікті қалыптастыру сияқты мәселелердің пайда болуы. Егер құзыреттіліктің қандай екенін түсіндіруге көптеген тәсілдер бар болса, онда бастысы бірлескен қызметтегі құзыреттілікті анықтау мәселесі болып табылады.

Біліктілігі жоғары сапалы орындаушыларда ерекшеленетін құзыреттілік дағдылар, білім салалары, қарым-қатынастар мен қабілеттер ретінде анықталуы мүмкін. Бұл сипаттамалар, оңай байқалмайтын, бірақ «беткейлі» көрінетін, мінез-құлық мәселелері арқылы анықталуы мүмкін. Құзыреттілікте жұмыс барысында көрініс тапқан, жұмыстың құрамдас бөлігі бар. Жалпы ең жиі аталатын элементтер болып- біліктілік, білім, дағды, қабілет, жеке мінез-құлық және еңбек өнімділігіне әсер етуі. Құзыреттіліктің критерийлері жоғары өнімділігі мен тиімділігі болып табылады.

Медициналық жоғары және орта оқу орындарының мұғалімдерін оқытуда, оқытушыларға арналған білім беру бағдарламалары және профессорлық - оқытушылар құрамының негізгі құзыреттіліктері туралы көптеген сұрақтар бар. Қазақстанда профессорлық - оқытушылар құрамын оқытуға көп көңіл бөлініп, оларды дамыту үшін Инновациялық технологиялар трансферті орталығы құрылды, білім беру бағдарламасы әзірленді. Сонымен бірге мұғалімнің дамуы - бұл мұғалімнің өзінің жұмысы. Бәсекеге қабілетті оқытушы болу үшін, ол үздік оқу курстарын тауып, өмір бойы өзімен жұмыс жасауы керек.

Оқытушыларды оқытудың түпкі мақсаты - үздік студенттерді дайындап қана қоймай, өзін-өзі тәрбиеші ретінде ең үздік деп таныған оқыту мен тәрбиелеудегі озық тәжірибені енгізуге жәрдемдесу.

Соңғы онжылдықтағы білім беру үрдісінде студентке бағытталған оқытуды заманауи оқыту технологиясының мүмкіндіктерінің бірі ретінде енгізді. Студентке назар аудару оқыту әдісі, дәстүрлі оқытуды ұстанатын мұғалімдерге қиындық тудыруы мүмкін, ал жас оқытушылар икемді болып және білім берудегі жаңа өзгерістерге оңай бейімделуі мүмкін. Қазіргі заманғы оқытушы үйретпеуі керек, бірақ студенттерге үйренуге көмектеседі және бұл тәсіл дәстүрлі оқыту технологиясынан ерекшеленеді. Қазіргі заманғы оқытушының рөлі студенттің дамуына және өзін-өзі дамытуына қолдау көрсету болып табылады. Жаңа білім берудің құрлымы студенттерге бағытталған оқытуды, оқытушыларға арналған оқыту бағдарламасын даярлау.

Инновациялық технологиялар трансферті орталығы базасында жаттықтырушылар сабақ өткізіп келесі модульдер бойынша сертификаттар берілді: жаттықтырушылардың базалық курсы (216 сағат), «Белсенді оқытушы» (216 сағат), «Зерттеуші/ғалым» (216 сағат), «Кәсіпқой, көшбасшы, ұйымдастырушы» (216 сағат), мәселеге - бағытталған оқытудың тьюторларын оқыту (216 сағат), стандартталған пациенттермен симуляциялық оқыту (216 сағат), клиникалық пәндерді оқыту (54 сағат).

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының және оның құрамындағы колледждің профессор оқытушы құрамын оқыту құзыреттілігін дамыту барысында бағдарлама әзірленді, ол университеттің басымдықтарына қатысты нақты мақсаттарға ие, білім беру тәжірибесін, көшбасшылықты және академиялық қызметті жетілдіруге жүйелі тәсіл арқылы дамыған дәлелдерге негізделген.

Профессор оқытушы құрамын дамыту бағдарламасы құзыреттілікті үздіксіз дамыту үшін жеткілікті мүмкіндіктерді қамтамасыз етеді және тәжірибелі оқытушылар қауымдастығында интеграцияланған, жеткілікті ресурстары бар, жаттықтырушы жеткілікті практикалық тәжірибеге және тиісті білім деңгейіне ие.

Академияда кафедра оқытушыларын дамытудың жеке жоспарлары әзірленген. Инновациялық технологиялар трансферті орталығында модульдер бойынша 13 тренер оқытылды. Оқытушылар төмендегідей модульдер бойынша оқытылды: Тиімді оқытушы- 252, Зерттеуші/ ғалым - 192, Мәселеге бағытталған оқыту - 78, Кәсіпқой, көшбасшы, ұйымдастырушы - 52, Ақпараттық және коммуникациялық технологиялар - 59. Бір педагогикалық құзыреттілікті - 43

оқытушы, 2 педагогикалық құзыреттілікті - 122, 3 педагогикалық құзыреттілікті - 95, 4 педагогикалық құзыреттілікті - 21 және 5 педагогикалық құзыреттілік - 2 оқытушы игерді.

Осылайша, барлық модульдер үшін білім беру құзыреттілігінде жаңа білім беру оқытушыларын даярлауға мүмкіндік береді, ал даяр оқытушылар студентке бағытталған оқытуды жүргізуде.

Қорытынды. Профессор оқытушы құрамын дамыту бағдарламасының тиімділігі тыңдаушылардың, университеттің және қоғамғамның әсері негізделіп, үнемі бағаланады. Профессор оқытушы құрамын дамыту бағдарламасы университеттің білім беру және академиялық қызметіне инновацияларды енгізуге ықпал етеді.

Кілтті сөздер: инновациялық технологиялар трансферті, педагогикалық құзыреттілік, мейіргерлік іс.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 61:001.92

«МЕЙІРГЕР ІСІ НЕГІЗДЕРІ» ПӘНІ САБАҒЫНДА ИНТЕГРАЦИЯЛЫҚ ОҚЫТУ ТЕХНОЛОГИЯСЫН ҚОЛДАНУ

Байзолдина Ж.С.¹, Нұрғалиева Г.Т.²

¹*Семей қаласының Д. Қалматаев атындағы мемлекеттік медицина колледжі,
оқытушы, Семей, Қазақстан*

²*Семей қаласының Д. Қалматаев атындағы мемлекеттік медицина колледжі,
оқу ісі жөніндегі директордың орынбасары, Семей, Қазақстан*

Кіріспе. Бүгінгі таңда медициналық білім беру жүйесінің соңғы «өнімнің» қандай болу керектігі, қоғамда туындаған қажеттіліктерге байланысты медициналық жоғары оқу орнында білім алушылар қандай құзыреттерге, білімге, шеберліктерге, ұстанымдарға ие болу керектігі туралы нақты ақпараттары болуы қажет. Сонымен қатар оқытудың мазмұны, оқу процесін ынталандыру, оқу орнының жұмысын ұйымдастыру және оқытудың нәтижелерін бақылау тәрізді сұрақтар да маңызды орын алады.

Зерттеудің мақсаты: «Мейіргер ісі негіздері» пәні сабағында интеграциялық оқыту технологиясын қолдануды бағалау.

Материалдары және әдістері. Зерттеу материалдары ретінде: ЖШҚ КМК «Семей қаласының Д. Қалматаев атындағы мемлекеттік медицина колледжі» 3 «мейіргер ісі» В және 3 «мейіргер ісі» 5 тобының студенттері қатысты. Интеграцияланған оқыту технологиясын қолдана отырып, тіршілік ету қауіпсіздігінің негіздері және мейіргер ісі негіздері пәндерін байланыстырып, 3 сд В тобының білім алушыларының қатысуымен практикум сабағы өткізілді. Байқаушылар ретінде 3 сд 5 тобының білім алушылары қатысты. Интеграцияланған практикум сабағының соңында байқаушылар тобынан кері байланыс алынды. Кері байланыс 5 сұрақты құрады. Кері байланыс жауаптары Ері Info зерттеу бағдарламасы арқылы өңделді.

Нәтижесі: Жалпы 3 сд 5 тобының білім алушылар саны – 24 құрайды. Sample Size Calculator есептеуі бойынша 24 білім алушының 23 –не (Confidence Level – 95%, Confidence Level - 5%) кері байланыс жүргізілу керек екені айқындалды. Жұмыстың негізгі қорытындылары ЖШҚ КМК «Семей қаласының Д. Қалматаев атындағы мемлекеттік медицина колледжі» «Жалпы кәсіптік пәндер» циклі отырысында (25.05.2018ж.) талқыланды.

Қорытынды: Пәнаралық интеграция білімнің игерілуін, іскерліктер мен дағдылардың белгілі бір жүйеде қалыптасуын қамтамасыз етеді, ойлау іс-әрекетінің белсенді болуына, тәжірибелік білімдердің студенттерге оқу-өндірістік іс-әрекеттеріне тасымалдануының жүзеге асуына ықпал етеді.

Кілтті сөздер: пәнаралық интеграция, мейіргерлік іс, мейіргерлік білім.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 61:331.108; 614.253

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ТРУДОВОЙ ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Абировва А.Б.¹, Алибаева Г.Н.²

¹*Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, центр онкогинекологии, старшая медицинская сестра, Алматы, Казахстан*

Введение. Улучшение качества трудовой жизни предусматривает улучшение социально-экономического содержания труда, развития тех характеристик трудового потенциала, которые позволяют предпринимателем более полно использовать интеллектуальные, творческие, организаторские, нравственные способности человека. Соответствующее качество трудовой жизни должно создать условия для того, чтобы дать выход творческим способностям самого работника, когда главным мотивом становится не зарплата, не должность, не условия труда, а удовлетворение от трудовых достижений в результате самореализации и самовыражения.

Цель исследования: анализ качества трудовой жизни медицинских сестер онкологической службы.

Материалы и методы. Нами было проведено исследование анализа качества трудовой жизни медицинских сестер на базе Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии. Объектом исследования являются медицинские сестры. Исследование проводилось в виде анкетирования. В опросе принимали 30 медицинских сестер радиологического, химиотерапевтического и хирургического профилей.

Результаты. В ходе исследования было выявлено, что 50% опрошенных медсестер имеют стаж работы в данном учреждении с 11-30 лет. Все участники опроса участвуют в программе повышения квалификации; 63% из них учебу оплатил работодатель. Поощрение в квартал 1 раз получают 13% респондентов, в полгода 1 раз 47%, из них материально поощряются 50%. Профессиональные вредности с которыми сталкиваются во время работы, отмечают: 76% психологическая, 60 % радиационная, 53% химическая, 50% физическая. 33% медицинских сестер ежедневно подвергаются стрессу, 50% опрошенных стресс снимают в разговоре с коллегами, 27% никак и всего 10% прибегают к профессиональной помощи психолога. Развитие дружеских взаимоотношений с коллегами внутри отделения – оценили на 97%, с медсестрами других отделений – на 87%.

Выводы. Основным положительным фактором является то, что все медицинские сестры участвуют в программе повышения квалификации бесплатно. Большинство опрошенных удовлетворены организацией и содержательностью

труда, поощряются постоянно, проходят обучение технике безопасности и получают бесплатно медицинский осмотр, оплату оздоровительных и больничных листов, принимают участие в принятии решения относительно своей работы и администрация учитывает их мнение. Основным негативным фактором, влияющим на качество трудовой жизни, является неудовлетворенная заработная плата, не соответствующая физическим и психоэмоциональным затратам на рабочем месте, неудовлетворённость жилищными условиями; часто подвергаются стрессу и мало прибегают к профессиональной помощи психолога; имеют профессиональные вредности на рабочем месте, но мало используют санаторно-курортное лечение.

Ключевые слова: качество трудовой жизни, средний медицинский персонал, Казахстан

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 61:331.108; 614.253

О РОЛИ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДСЕСТРЫ

Токбергенова Г.Т.

Директор медицинского колледжа «Интердент», Алматы, Казахстан

Подготовка медицинских кадров является стратегически важной задачей отрасли здравоохранения республики, требующей обеспечения взаимосвязанного целостного процесса подготовки высококвалифицированных специалистов, владеющих современными технологиями, соответствующих международным стандартам на основе современных требований практического здравоохранения.

Профессиональное сестринское образование, как неотъемлемая часть системы профессионального образования Казахстана, играет важную роль в подготовке квалифицированных кадров.

Специалисты сестринского дела представляют огромную силу в решении многих социальных задач общества. Путем воздействия на основные группы населения, включая уязвимые слои (малоимущие, инвалиды, дети, пенсионеры и

т.д.), образ жизни и среду обитания, солидарность и обеспечение равноправия в вопросах укрепления здоровья, медицинские работники могут повлиять на состояние здоровья населения. Без них невозможно приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи, особенно на селе, в ауле. Поэтому цель подготовки специалистов сестринского дела обусловлена общественными потребностями и представляет собой социальный заказ общества, которое требует существенно улучшить качество их образования. Главной задачей здесь является обеспечение взаимосвязи знаний и практики; готовности к профессиональной деятельности по профилактике заболеваний, участию в лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятиях, осуществлению этапов сестринского процесса в учреждениях здравоохранения различных форм собственности, научно-исследовательских учреждениях и учреждениях социальной защиты населения.

Благодаря реформам в здравоохранении в настоящее время функции медицинской сестры расширяются. При этом одной из важнейших составляющих ее профессиональной деятельности является сестринская педагогика - передача пациенту и его родственникам необходимых знаний, умений и навыков. Эффективность сестринского процесса напрямую зависит от грамотности и профессионализма медицинской сестры. Когда пациент утрачивает способности к самообслуживанию, на помощь приходит медицинская сестра. Но не только для того, чтобы помочь произвести необходимые действия, гораздо более важная задача медицинской сестры - обучить пациента в сложившихся условиях обслуживать самого себя. Основным направлением в содержании обучения медсестрой пациента должно стать умение научить его сохранить здоровье и поддерживать максимально комфортное качество жизни. Для медицинской сестры важно владеть новыми технологиями обучения, уметь определять приоритетные задачи обучения, использовать понятные для пациента и его семьи термины. Исходя из всего этого, можно определяться, чему и как обучать. В процессе обучения медсестре необходимо определить последовательность, систематичность, глубину подаваемых знаний соответственно способностям и возможностям пациента. Поэтому, содержанием сестринской педагогики должно быть формирование умений и навыков обращения с предметами ухода, помощь в овладении навыками самоухода и принципам оказания неотложной помощи.

При организации ухода за больным человеком деятельность медсестры должна быть направлена на решение сестринских, психологических и социальных

проблем пациента, требующих умения применять психолого-педагогические методы и принципы обучения. Наиболее важным является умения медсестры проводить профилактические информационные кампании среди населения.

Кроме того, медицинские сестры должны уметь научить будущих медицинских сестер выполнять сестринскую работу. Опыт показывает, что тонкостям сестринской профессии может обучить только медицинская сестра, а не врач. Тем более что, во многих странах мира к педагогической деятельности по подготовке медицинских сестер привлекаются специально обученные медсестры, тогда как в нашей стране эту функцию чаще выполняют специалисты, имеющие врачебное образование.

Поэтому главной целью подготовки педагогически компетентных медсестер должно быть выработка у них педагогических знаний, умений и способности их к активному применению в профессиональной деятельности.

Ключевые слова: сестринское дело, подготовка медицинских кадров, Казахстан.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 61:001.92

МЕЙІРГЕР ІСІ МАМАНДЫҒЫ СТУДЕНТТЕРІНІҢ КӘСІБИ ҚҰЗЫРЕТТІЛІКТЕРІН ҚАЛЫПТАСТЫРУ

Абдулла Т.Д.¹, Сейдахметова А.А.², Зұлпыхарова Г.К.³, Ерімбетова Л.С.³

¹*Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, «Мейіргер ісі» мамандығының 1 – курс магистранты, Шымкент, Қазақстан*

²*Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Жедел медициналық көмек және мейіргер ісі кафедрасының меңгерушісі, Шымкент, Қазақстан*

²*Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Жедел медициналық көмек және мейіргер ісі кафедрасының ассистенті, Шымкент, Қазақстан*

Өзектілігі. Қазіргі уақытта мейірбике ісі адам денсаулығының әлеуеті зор және халықтың қол жетімді медициналық көмекке деген қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін нақты әлеуеті бар медицина қызметкерлерінің ең үлкен үлесі болып табылады.

Білім беру үдерісіне инновациялық ақпараттық технологияларды кеңінен енгізу қажеттілігі, бір жағынан, қоғамды толық технологияландыруға және ақпараттың жылдам жинақталуына, екінші жағынан, материалдарды жеткізу сапасын жақсартуға және оны игерудің тиімділігін бағалауға мүмкіндік беретін мультимедиялық оқу құралдарының мүмкіндіктерін кеңейту қажет. Студенттер оқу материалдарының 70 - 80%-ын өз бетімен меңгеруі қажет. Сондықтан да, осы жұмыстың мақсаты - бакалаврларды даярлау саласында инновациялық ақпараттық технологияларды қолданудың нысандары мен бағыттарын қарастыру.

Зерттеудің мақсаты: Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының «Мейіргер ісі» мамандығы студенттерінің кәсіби құзыреттіліктерін қалыптастыру.

Материалдары мен әдістері. Оңтүстік Қазақстан Медицина Академиясы, 5В110100 - «Мейіргер ісі» мамандығы бакалавриатының білім беру бағдарламасы бойынша білім алушы студенттердің құзыреттіліктерін қалыптастыру мақсатында екінші курстың - 25, үшінші курстың - 32 және төртінші курстың - 12 студентінің қатысуымен сауалнама жүргізілді: студенттердің кәсіби біліктілігін қалыптастыру бойынша зерттеу сұрақтары, студенттердің кәсіби құзыреттілігінің көрсеткіштерін анықтау және бағалауды зерттеу сауалнамасы, кәсіби құзыреттілікті қалыптастырудың мотивациялық критерийі, кәсіби құзыреттілікті қалыптастырудың жедел-тиімді критерийі, тәжірибелік дағдылар деңгейін өзіндік бағалау, кәсіби құзыреттілікті қалыптастыру бойынша бағалау критерийі.

Нәтижелері. Кәсіби құзыреттілікті қалыптастыру ерекшелігін зерттеуді талдау кезінде студенттердің көпшілігі «құзыреттілік» және «кәсіби құзыреттілік» ұғымдарының мәнін дұрыс түсінетіндігін көрсетті. Нәтижелер 2017-2018 оқу жылында екінші курс арасында 88% - 22 студентте тәжірибелік дағдыларының жоғарлағанын, құзыреттіліктерінің артқанын; үшінші курс 78% - 25 студентте тәжірибелік дағдыларының жоғарлағанын, құзыреттіліктерінің артқанын; төртінші курс арасында 66% - 10 студентте тәжірибелік дағдыларының жоғарлағанын, құзыреттіліктерінің артқанын көрсетті. Мейіргерлердің 70% -дан астамы – мейіргер ісі мамандығын таңдауы бойынша науқастарға көмек көрсету және жақын адамдарының денсаулығына қамқорлық көрсету ең маңызды фактор екенін атап өтті. Студенттердің 45% -ы жоғары оқу орнында алған білімдерінің сапасын жоғары деп санаса, 53% -ы жеткілікті екендігін анықтауға мүмкіндік берді.

Мейіргер ісі мамандығы студенттерінің кәсіби құзыреттілікке ие тәжірибелік іс-әрекеттері мен науқасты дербес түрде тексере білу үшін 90% -дан астамы қабілетті екенін көрсетті.

Қорытынды. Сауалнама сұрақтарына студенттердің жауаптарын талдау болашақ мамандардың кәсіби құзыреттілігін қалыптастыру аспектісінде, Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының оқу үдерісін оңтайландырудың негізгі бағыттарын айқындауға мүмкіндік берді. Студенттердің ұсыныстарын ескере отырып, енгізілген элективті клиникалық пәндер науқасқа бағытталған мейіргерлік күтім, мейірбике ісіндегі зерттеу негіздері, мамандандырылған мейірбикелік көмек, бастапқы медико-санитарлық көмек, үй жағдайындағы мейіргерлік күтімтақырыптарын терең қолға алуды шешті. Оқытушылар кәсіби пәндер бойынша оқу процесін ұйымдастырған кезде студенттердің әлеуметтік және жеке құзыреттіліктерін дамыту үшін науқастармен және ұжыммен, науқастың туыстарымен жеке қарым-қатынас жасауды негізге алуы қажет.

Кілті сөздер: мейіргерлік іс, кәсіби құзыреттілік, мейіргерлік білім беру.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 61:37; 615.1:37

РОЛЬ НАСТАВНИКА В РАЗВИТИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР БАКАЛАВРОВ

Торемурат З., Шалабаева Г.

Западно-Казахстанский высший медицинский колледж, отделение прикладного бакалавриата по специальности «Сестринское дело», Уральск, Казахстан

Актуальность. В настоящее время упор в определении целей профессионального обучения сместился с приобретения студентами знаний и умений на формирование такой комплексной структуры, как профессиональная компетентность. В секторе здравоохранения «компетенции» - это стандарты, которые должны соблюдать медицинский персонал в процессе предоставления медико-санитарных услуг. Компетенции имеют комплексный характер. Со временем медработник переходит с одного уровня компетентности на другой, а также отходит от использования абстрактных знаний к применению знаний на основе конкретного клинически ориентированного опыта. Эти сложные действия также требуют умения рассуждать и выносить суждения, что можно развивать

только благодаря опыту применения знаний и навыков в условиях практического взаимодействия с пациентами.

Цель работы: выявления характера взаимоотношений между менторами и студентами прикладного бакалавриата.

Материалы и методы исследования: В исследовании участвовали 22 студента прикладного бакалавриата по специальности «Сестринское дело» Западно-Казахстанского высшего медицинского колледжа. Работа была проведена с помощью анкетирования. Анкеты включали следующие вопросы: «Какими качествами должен обладать наставник?», «Хотели бы вы иметь одного и того же наставника в течение всего времени обучения?», «Как вы воспринимаете своих менторов?», «Какие темы вы обсуждали со своими наставниками?».

Также мы проследили процесс обучения с ментором и показатели трудоустройства выпускников.

Результаты. Более 95% респондентов хотели, чтобы их наставник был высококвалифицированным специалистом с высшим сестринским образованием, 78% студентов желают иметь одного и того же наставника в период своего обучения. Большинство опрошенных воспринимали своих наставников как консультанта (88,9%), лидера (85,0%) и организатора (73,3%). Больше половины студентов с наставником чаще всего обсуждают вопросы планирования карьерной траектории. Также студенты отметили, что под руководством одного ментора не должно быть большого количества студентов, так как это снижает эффективность процесса обучения.

Так в Городской поликлинике №5 г Уральска студенты проходили практику в 3 семестре по модулю «Сестринский уход на дому» и в 4 семестре по модулю «Сестринское дело в ПМСП». На 22 студента приходилось по 4 ментора. Трудоустроились в поликлинику 6 человек.

В Областной клинической больнице (ОКБ) студенты проходили практику в 1 семестре по модулю «Безопасный уход и инфекционный контроль» и 2 семестре по модулю «Сестринское дело в терапии и хирургии». В ОКБ студентов сопровождали 15 менторов, то есть на 1 ментора приходилось по 1-2 студента. Трудоустроились в ОКБ 10 человек.

Практику по модулю «Сестринский уход за пациентами разных возрастных категорий» бакалавры проходили в Областном перинатальном центре (12

человек) и в Областной детской многопрофильной больнице (10 человек). В этих лечебных учреждениях на 12 студентов приходилось по 5 менторов.

Таким образом, 73% выпускников устроились в стационар и 27% в поликлинику.

Одним из вопросов, которая очень важна для наших студентов, является исследовательская деятельность. Помощь наставников в написании дипломных работ получили только 27% выпускников, что говорит о проблеме сестринских исследований в практическом здравоохранении.

Выводы. Менторинг является ключевым фактором, способствующим успешной карьере в медицине и приобретению клинических и исследовательских навыков. Есть необходимость продолжить работу по усовершенствованию программы наставничества, для создания «универсальной модели менторства» в соответствии с потребностями студентов-медиков.

В связи с наличием проблемы организации и проведения сестринских исследований в практическом здравоохранении необходимо включить в Советы медицинских сестер медицинских организаций - сектор «Сестринские исследования» для их развития в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: сестринское дело, институт наставничества, сестринские исследования, Казахстан.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 61:37; 615.1:37

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ГОРОДА БАЛХАШ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»

Байсеитова Р.Т.

*Медицинский колледж города Балхаш, заведующая практическим
обучением, Карагандинская область, Казахстан*

Практическое обучение в колледже является основой подготовки компетентных, мобильных и конкурентоспособных специалистов для медицинских организаций.

Практикоориентированность подготовки студентов в колледже является приоритетным направлением образовательной деятельности, более 70% учебного времени студентов отводится на практическое обучение.

Руководством медицинского колледжа для обеспечения качественной подготовки специалистов проводится формирование преподавательского состава, планирование и оснащение учебных кабинетов и лабораторий. Учебные кабинеты оснащены современными учебными пособиями и приборами, фантомами и тренажерами. Количественный и квалификационный состав преподавателей соответствует данной образовательной программе. Учебный процесс специальности «Сестринское дело» осуществляют 26 преподавателей, в том числе 2 преподавателя имеют почетное звание «Отличник здравоохранения» и «Ветеран труда».

Практическое обучение медицинского колледжа города Балхаш можно разделить на три этапа:

- первый этап – практические занятия. Она направлена на формирование у студентов практических профессиональных умений, приобретение первоначального практического опыта;

- второй этап – практика по профилю получаемой специальности. На этом этапе практика дополняется производственным обучением. Практика по профилю специальности направлена на формирование у студента общих и профессиональных компетенций, приобретение практического опыта;

- третий этап – профессиональная практика, стажировка на потенциальных рабочих местах. Она направлена на углубление студентом первоначального профессионального опыта, развитие общих и профессиональных компетенций, проверку его готовности к самостоятельной трудовой деятельности;

Администрации колледжа и базовых МО несут совместную ответственность за организацию и проведение практики, создание необходимых условий для успешного прохождения студентами практического обучения, представления им рабочих мест, отвечающих содержанию программ практики.

Такая совместная деятельность медицинского колледжа с работодателями способствует высокому проценту трудоустройства выпускников. Анализ трудоустройства показывает, что в среднем 93% выпускников трудоустроены, поступили в ВУЗы 0,4% от общего количества выпускников.

Выводы. Эффективное сотрудничество с работодателями, изучение их требований к выпускникам, оценка качества подготовки студентов и то, насколько

выпускники востребованы сегодня учреждениями здравоохранения, позволяет нам делать выводы о профессиональной конкурентоспособности выпускаемых специалистов.

Ключевые слова: сестринское дело, практическое обучение, профессиональная практика.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 61:001.92

ОБУЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ РУССКОМУ ЯЗЫКУ И ЛИТЕРАТУРЕ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

Жолдыбаева С.А.

Талгарский медицинский колледж, преподаватель русского языка и литературы, Алматинская область, Казахстан

Введение. Профессиональная направленность на занятиях русского языка и литературы в системе среднего профессионального образования способствует становлению будущего специалиста, способного адаптироваться в современных рыночных условиях. Именно обучение студентов медицинского колледжа адекватному восприятию и нормированному употреблению медицинской лексики является социальной потребностью и обосновано условиями их профессиональной подготовки.

Профессиональное обучение в процессе преподавания русского языка и литературы осуществляется, в основном, через межпредметные связи и организацию внеклассной работы. Цель преподавания профессионального русского языка и литературы - расширить и углубить знания по дисциплине и профессии в совокупности, показать их практическое применение в жизни, развить речевую профессиональную культуру, мотивировать студентов к творчеству, вырабатывать умения логически мыслить. Дисциплина «Профессиональный русский язык» формирует систему ценностей, представлений и взаимоотношений, которые необходимы современному человеку, специалисту, профессионалу. Практический выход: участие студентов в

театральной студии колледжа, организация и проведение творческих вечеров, литературных гостиных, экскурсий. Важно, что после каждого проведенного мероприятия обучающийся имеет возможность рассказать о своих эмоциях, чувствах от увиденного и услышанного и выразить их через стихотворение, эссе или рисунок, фотографию.

Выполнение домашних самостоятельных работ по русскому языку с учетом профессиональной направленности мотивируется через термины, понятия, определения, изучаемые на следующих курсах, это позволяет выявить одаренных в лингвистическом отношении студентов, а также воспитывать у слабоуспевающих веру в свои силы.

Практическая направленность уроков профессионального русского языка должна помочь студентам лучше познакомиться с будущей профессией фельдшера, акушера, помочь овладеть профессиональной лексикой, способствовать обогащению словаря специальными словами и терминами, которыми придется пользоваться в процессе теоретического и производственного обучения.

Например, на уроке по теме «Научный стиль речи» студентам отделения «Лечебное дело» предлагается выполнить несколько самостоятельных заданий, связанных с профессиональной направленностью: выписать образец текста по специальности, определить его функцию, сферу употребления, лексический состав (наличие терминологии, общенаучных слов). При этом обязательно студенты дают толкование специальных слов – профессионализмов, используют толковые словари и справочники, подбирают синонимы, указывают, каким способом образовался термин, из какого языка пришел в русский язык.

Выводы. Дисциплина «Русский язык» в медицинском колледже выступает в качестве профессионально ориентированного курса, основная цель которого заключается в том, чтобы помочь студентам-медикам овладеть языком учебной, научной литературы по специальности и подготовить их к общению в профессиональной сфере с учетом конкретной специальности.

Ключевые слова: средний медицинский персонал, обучение, русский язык.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РАЗВИТИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Танатаров С.З.¹, Мұсатаева Р.К.²

Государственный медицинский колледж им. Д. Калматаева

директор, Семей, Казахстан

Государственный медицинский колледж им. Д. Калматаева

педагог-психолог, Семей, Казахстан

Подготовка сестринского персонала требует особого внимания к этическим и психологическим аспектам лечебной деятельности, поскольку в основе работы медицинской сестры лежит гуманный характер взаимоотношений с пациентом, способность проявлять заботу о нем, а не только выполнение медицинских процедур.

При переходе к новой модели сестринского дела, в которой наибольшее внимание уделяется научным технологиям, в сестринском деле снизилась значимость межличностных контактов с пациентом, установления доверительных отношений между больным и медработником.

Подготовка специалистов, работающих в русле пациентцентрированных моделей сестринского дела, предполагает наряду с изучением естественнонаучных дисциплин овладение широким спектром гуманитарных предметов, в том числе психологией. Такое образование, по мнению авторов указанных моделей, позволяет будущим медсестрам учитывать в своей работе с пациентами влияние на ценностные установки людей их социокультурных, исторических, этнических и конфессиональных особенностей. Психология, в частности, представлена гуманистическим направлением, основными принципами которого являются признание целостности человеческой личности, ее безусловное эмпатийное принятие.

О психологической работе с больным можно говорить лишь тогда, когда медработник обладает навыками ухода за пациентом. Именно физический уход за больным человеком является основой контакта между ним и медсестрой, служит прочной связующей нитью. Добросовестная работа фельдшера, акушерки, медсестры по уходу за больным придает ему уверенность в выздоровлении, формирует благоприятное психологическое взаимодействие между ними и таким

образом повышает эффективность лечения. Забота и внимание важны как в чисто физическом, так и в психологическом аспекте, так как эти две сферы невозможно разделить. Больной человек стремится освободиться от болезни, выздороветь ожидает помощи, поддержки, заботы. Нереализованность этих ожиданий, само болезненное состояние вызывают повышенную обидчивость, раздражительность, избыточную чувствительность.

Чуткость в работе медсестры или фельдшера тесно сочетается с профессиональной наблюдательностью. Внимательный медработник заметит малейшие изменения в самочувствии, настроении, поведении больного и сможет предпринять необходимые действия.

Сегодня подготовительный этап становления профессионала имеет особое значение. Современная профессиональная деятельность отличается высокой сложностью, поэтому рынок труда нуждается в высококвалифицированных специалистах, хорошо разбирающихся в новейших технологиях.

Современный специалист не должен замыкаться на своей узкой специализации, а должен быть разносторонне образован, поскольку меняющаяся экономическая ситуация часто приводит к необходимости быстрой переквалификации, получения новых навыков или смежной специальности. По этим причинам профессиональное образование сегодня выходит из узких рамок «подготовительного этапа» и распространяется на последующие этапы, позволяя не прекращать обучение в течение всей жизни.

Ключевые слова: медицинское образование, подготовка среднего медицинского персонала, психология.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 61:37; 615.1:37

РАЗВИТИЕ ИНСТИТУТА НАСТАВНИЧЕСТВА НА КЛИНИЧЕСКИХ БАЗАХ ПО ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Баратова Е.

*Высшего многопрофильного медицинского колледжа «Туркестан»,
заместитель директора по учебной работе, Туркестан, Казахстан*

Развитие института наставничества на клинических базах по подготовке специалистов сестринской службы играет важное значение в свете реформы сестринского дела в Республике Казахстан для подготовки специалиста сестринского дела новой формации в соответствии с современными вызовами общества и международными стандартами к сестринской профессии. В настоящее время современные теории сестринского дела, основанные на научном подходе и доказательных практиках, представляют медсестру в качестве равноправного партнера врача, который принимает самостоятельные сестринские решения, планирует и осуществляет доказательный сестринский уход, отражая его в сестринской документации. Сейчас партнерство врача и медсестры заключается в том, что врач оказывает пациенту врачебную помощь, а медсестра - сестринскую помощь, работая в рамках мультипрофессиональной команды специалистов здравоохранения для повышения эффективности качества медицинской помощи на всех уровнях системы здравоохранения.

В Высшем многопрофильном медицинском колледже «Туркестан» Институт Менторства начал работу с 2014 года на основе «Положения о менторе/менторстве», регулирующего условия труда, нагрузку и оплату менторов.

Менторская работа осуществляется на платной основе. В ходе клинической практики проводятся промежуточные и итоговые оценочные собеседования с участием ментора, тьютора и студента по методу CLES+T, коммуникативные компетенции студентов развиваются путем проведения дискуссии, обсуждений на различные темы. При проведении мониторинга работы медсестры - ментора/наставника учитывается мотивационный компонент медсестры-ментора, который включает также и премиальную дополнительную оплату труда по результатам образовательной деятельности. Внедрение института менторства в клиническом, а также симуляционном обучении является важным элементом повышения эффективности образовательной программы.

Первые результаты осуществления проекта менторства показали заинтересованность медсестер-менторов в реализации менторства и удовлетворенность ими условиями труда, нагрузкой и оплатой труда менторов согласно «Положения о менторе/менторстве» в Высшем многопрофильном медицинском колледже «Туркестан».

В рамках реализации пилотного проекта по разработке и внедрению новой модели сестринской службы в организациях практического здравоохранения – клинических базах высших медицинских колледжей Республики Казахстан

институт менторства был развернут в 2018 году также и для внедрения универсальной-прогрессивной системы патронажного обслуживания беременных и детей. По этой программе национальными экспертами ЮНИСЕФ обучены трое медсестер-менторов, которые впоследствии каскадным методом обучили всех медсестер поликлиники.

Большой интерес к патронажной службе проявили и волонтеры из числа студентов прикладного бакалавриата и выпускных курсов медсестер технического и профессионального образования, которые связывают свое будущее с реализацией менторства в своей будущей профессиональной деятельности.

Выводы. Для поддержки реформы сестринского дела в Казахстане необходимо развивать методологическое партнерство медицинского колледжа и медицинской организации в реализации института менторства согласно доказательным практикам сестринского дела, и это сейчас имеет первостепенное значение.

Ключевые слова: сестринское дело, институт наставничества, Казахстан.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 617.7

ЖОҒАРЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КОЛЛЕДЖ СТУДЕНТТЕРІНІҢ КӨРУ МҮШЕСІНІҢ РЕФРАКЦИЯ АНОМАЛИЯСЫН АНЫҚТАУ ЖӘНЕ ОНЫҢ АСҚЫНУЫНА ЖОЛ БЕРМЕУ

Байғазиева М.К., Таржманова М.Т.

*Батыс Қазақстан жоғары медициналық колледжі, жалпыкәсіптік пәндер
оқытушылары, Орал, Қазақстан*

Өзектілігі. Биылғы жылғы Елбасымыздың Жолдауында сандық технологияны қолдану бағытында өңірлерді дамытудың 2020 жылға дейінгі бағдарламасында смарт технологияларын қолдануға айрықша назар аударылатыны жазылған. Қазірде кез келген сәтте өз смартфонңыздан өзіңіздің көзіңізге көңіл бөлуге мүмкіндік беретін әртүрлі смарт жаттығулар қарастырылған. Смартфонға орнатылған көзге арналған қолданбалар арқылы миопия дәрежесін анықтауды және соған орай қандай көз жаттығуларын жасау қажеттілігін, көру

деңгейін анықтауды үйреніп, көз рефракциясын бақылауға болады. Себебі, қоғамда жастармен қатар егде жастағы адамдар да көп уақытын телефон алдында өткізетіндігі баршаға мәлім. Қай салада болмасын заман талабына сай компьютерсіз жұмыс жасау мүмкін емес, бұл өз кезегінде бүкіл әлемде адамзаттың көру мүшесі жұмысының бұзылуына әкеліп соғады. Соның ішінде оған жасөспірімдер арасында жиі кездесетін миопия, гиперметропия, астигматизм жатады. Осыған орай Батыс Қазақстан Жоғары медициналық колледжінің білім алушыларының арасында көру мүшесі бұзылыстарының жиі кездесуі өзекті мәселелердің бірі деп қарастырдық. Бұл мәселені шешу тек адамзат өмірін көз ауруларынан сақтап қана қоймай, ұзақ жылдар бойы дені сау ұрпақтың дүниеге келуіне мүмкіндік туғызады.

Зерттеудің мақсаты. Медициналық колледждің бірінші курс студенттерінің арасында көру рефракциясының кемістігінің болу жиілігін сауалнама арқылы зерттеп, олардың асқынуының алдын алу шараларын ұйымдастыру.

Зерттеу әдістері: Зерттеу жұмысы «Көру мүшесінің құрылысы мен қызметі» атты бейнефильмді түсіруден басталды. Бейнефильмді әлеуметтік желі арқылы кез келген адамға қарауға қолжетімділігі артты. Сонымен қатар білім алушылар сабақ барысында пайдалана алуға мүмкіншілік мол. Оқу жылының басында Батыс Қазақстан Жоғары медициналық колледжі фелдшері Т.Г. Федулееваның басшылығымен медициналық тексеріс нәтижелері көрсетілген «Мейіргер ісі» бөлімінің білім алушыларының медициналық картасы тексеріліп, есеп жүргізілді. Соның нәтижесінде көз рефракция кемістігі бар білім алушылар тізімі анықталып, арнайы топ құрылды. Зерттеу жұмысы барысында I курс білім алушыларының жалпы саны 153, соның ішінде көз рефракция кемістігі бар 60 білім алушы анықталды. Миопияның жиі кездесуінің себептерін анықтау мақсатында сауалнама жүргізілді. Сауалнамаға көз кемістігі бар 60 қатысушыға қойылған сұрақтар тізімі: «Оқулықтар мен көркем әдебиеттерді күніне 3-4 сағат оқисыз ба?» «Көп уақытыңызды ұялы телефонмен өткізесіз бе?» «Ата - анаңызда немесе жақын туысыңызда көз рефракция кемістігі бар ма?» «Спорттық жаттығуларға күнделікті уақытыңызды бөлесіз бе?».

Нәтижелері: Сауалнама нәтижесі бойынша білім алушылардың 61,7%-ы кітапты күніне 3-4 сағат оқитын болса, 38,3%-ының кітапты оқуы белгіленген уақыттан аз және 83,3%-ы ұялы телефондарды жиі қолданып, әлеуметтік желіде көп отырса, ал 16,7%-ында телефонды қолдану қажеттілігі бәсең екені белгілі болды. Сонымен қатар, білім алушылардың 92,6%-ы ғана спорттық жаттығуларға

күнделікті уақыт бөлетіні анықталды. Офтальмолог маман қатысуымен көру мүшесінің ақауы бар білім алушыларды тексеріп, көзге арналған көз тамшыларын дұрыс пайдалануды, сықпа майларды дұрыс жағуды және көру өткірлігін анықтау тәсілі көрсетілген мастер – класс өткізілді. I курс студенттеріне және оқытушыларына мобильді телефон қолданбаларды енгізіп, пайдалануын үйретіп, сол арқылы өз-өзінің көз көргіштігін тексеруді және көз бұлшық еттеріне арналған жаттығуларды күнделікті жасауды қадағаладық. Көзге арналған кешенді жаттығулар жинағы құрастырылып, білім алушыларға таратылды.

Қорытынды: Зерттеу кезінде мейіргерлік үрдісті қалыптастыру негізінде білім алушыларының болашақ мамандығына деген қызығушылықтары артты. Көру мүшесінің өткірлігін қадағалау, атап айтқанда, спортқа бір қадам жақын болу және дұрыс тамақтану ережелері мен салауатты өмір салтын сақтау қажеттілігі насихатталды.

Кілтті сөздер: офтальмология, көру мүшесінің рефракция аномалиясы, медицина колледжінің студенттері.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 616.1; УДК 618

ПОСТМЕНОПАУЗА КЕЗЕҢІНДЕГІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫНЫҢ ЕКІНШІЛІК ПРОФИЛАКТИКАСЫ

Эдилова Р.М.¹, Қауызбай Ж.А.², Сейдахметова А.А.³

¹*Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, «Мейіргер ісі» мамандығының 1 – курс магистранты, Шымкент, Қазақстан*

²*Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Жедел медициналық көмек және мейіргер ісі кафедрасының доценті, Шымкент, Қазақстан*

²*Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Жедел медициналық көмек және мейіргер ісі кафедрасының меңгерушісі, Шымкент, Қазақстан*

Кіріспе: Менопауза кезінде әйелдердің жүрек-тамыр жүйесі өте осал болып келеді. Бас айналуы, бас ауыруы, гипертензияның болуы алаңдатады. Себебі, климакс кезеңінде, әйел организміндегі қан тамырларының тонусын және қан

қысымын реттеуде үлкен рөл атқаратын жыныстық гормондардың деңгейі төмендейді. Көптеген зерттеулер артериалды гипертонияның дамуы мен менопаузаның басталуы арасындағы байланыстың маңызы зор екенін көрсетті. Осылайша, постменопауза кезеңіндегі әйелдерде гипертонияның пайда болуы ғана емес, сонымен бірге аурудың жылдам дамуы көрініс табады.

Аурудың дамуында қауіпті факторлар маңызды рөл атқарады, оның ішіне өзгеретін (стресс, артық салмақ, қант диабеті, темекі шегу, ішімдік ішу) және өзгермейтін факторлар (жынысы, жасы, тұқым қуалайтын, эстроген тапшылығы) жатады. Осыған байланысты, әйелдердің артериялық гипертониясының менопауза кезіндегі өтуін әрі қарай бағалап зерттеу керек, оның асқынуына әсер ететін көптеген сыртқы факторларды және кейде өлімге әкелетін асқынулардың даму мүмкіндігін алдын алу қажет. Зерттеудің клиникалық көріністеріне, тәуліктік қан қысым мөлшеріне және олардың психологиялық жағдайына, психоэмоционалдық стресс ауырлығына аса көңіл бөлген жөн.

Зерттеудің мақсаты: Шымкент қалалық медициналық жедел жәрдем ауруханасында постменопауза кезеңіндегі әйелдердің артериялық гипертониясының екіншілік адын-алу жөніндегі білім беру бағдарламасының тиімділігін бағалау.

Материалы мен әдістері: Ең алдымен Шымкент қалалық медициналық жедел жәрдем ауруханасында артериальді гипертониямен тіркелген, постменопаузальды кезеңдегі 20 әйелдің сауалнамасының деректеріне талдау жасалды. Пациенттердің жас шамасы 50-ден 55 жасқа дейін болды. Әйелдердің орташа жасы $52,4 \pm 0,9$ жасты құрады. Пациенттерді зерттеу жоспарына мынадай зерттеу әдістері енгізілді: анамнез, қан қысымы мен ЭКГ деңгейін өлшеу, сауалнама мен психологиялық тесттерді қолдану арқылы өмір сапасын бағалау. Кейін сауалнаманың қорытындысына сүйене отырып артериялық гипертониясы бар әйелдерге арналған «Денсаулық мектебін» ұйымдастырдық. Зерттеуде екі топ құрылды: 1) білім беру бағдарламасының белсенді қатысушылары – 12 әйел, 2) білім беру бағдарламасына қатысудан бас тартқан пассивті қатысушылар – 8 әйел. Бағдарламаға нақты нұсқау көрсететін жоспар әзірледік.

Нәтижелері: Жүрек-қан тамыр аурулары асқынуларының дамуының орташа қаупі бар әйелдер 30% (6), жоғары қауіп - 55% (1), өте жоғары қауіп 15% (3). Науқастардың ауру тарихынан олардың репродуктивтік функциясын зерттедік. Әйелдердің 92%-ы босанғаны, 60%-ы жасанды түсік және 25%-ында өздігінен түсік болғаны анықталды. Бірлескен аурулар жиілігін талдай отырып, әрбір үшінші

пациентте қалқанша безінің кеңеюі белгілері мен созылмалы аднексит болған және әрбір төртінші пациентте төменгі аяқтың варикозды тамырларының кеңеюі анықталған. Постменопаузадағы әйелдердің 30% -ында жатыр миомасы, 20% -ында созылмалы эндометрит және жатыр мойны эрозиясы болған. Пациенттердің 65% -ында омыртқаның бірлескен остеохондрозы анықталды. Созылмалы гепатит әйелдердің 8%-ында, созылмалы пиелонефрит 60%-ында және созылмалы холецистит 54%-ында байқалды.

Гипертониялық анамнездің орташа ұзақтығы $12,5 \pm 3,8$ жыл болды, постменопаузаның орташа ұзақтығы $4,3 \pm 1,9$ болды. Климактериялық синдром диагнозы әйелдердің 24%-на қойылды, оның ішінде 2 әйелде ағымы жеңіл, ал 10 әйелде ағымы орташа болғаны байқалды. Дене салмағының индексін өлшеу барысында сауалнамаға қатысқан барлық әйелдердің 70% -ында артық салмақ анықталған. Бұл кезеңде жүйке жүйесіне шағымдардың жоғары жиілігі байқалады: ашушаңдық (80%), ұйқының бұзылуы (72%), бас аурулары (84%) және астения (84%) өте жоғары көрсеткіште көрсетілген. Амбулаторлық карта анықтамалары бойынша холестерин деңгейі әйелдердің 72% -ында көтерілді. ЭКГ деректері бойынша, постменопаузадағы әйелдердің 28% -ында (14) қарыншалық миокард гипертрофиясы байқалды. Артериялық қысымның тұрақсыздығы пациенттердің 80% -ында (16), пульстің тұрақсыздығы 70% (14) болды, есінен талып қалу жағдайы 20% (4) әйелде көрініс тапқан.

Қорытынды. «Денсаулық мектебінің» пассивті қатысушыларының өмір сапасы физикалық белсенді қатысушыларына қарағанда өзгеріссіз екеі анықталды. Денсаулық жағдайын жақсарту, ауруды алдын-ала болжау, мүгедектікті болдырмау және өмір сүру ұзақтығын айтарлықтай ұлғайту алдын-алу шараларының уақтылы болуына және тиісті іріктелген емдеудің басталуына байланысты. Осы бағдарламада ұсынылған алдын алу бойынша кешенді шаралар артериялық гипертензияны үнемі бақылауда ұстауға және әр түрлі ауыр асқынулардың даму қаупін едәуір төмендетуге зор үлесін қосты. Постменопауза кезеңіндегі артериялық гипертензиясы бар әйелдердің профилактикасының тиімділігі негізінен жеке адамның психологиялық ынталылығына байланысты, бұл мотивация «Денсаулық мектебі» білім бағдарламасына белсенді қатысуымен пайда болады.

Кілтті сөздер: постменопауза, артериалды гипертензия, екіншілік алдын алу.

АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ОТНОШЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Ахметова Ю.Б.

*Научно-исследовательский кожно-венерологический институт МЗ РК,
менеджер отдела стратегического развития, Алматы, Казахстан*

Введение. Насилие на рабочем месте является одной из самых значимых профессиональных опасностей, с которыми встречаются медсестры, работающие в современной системе здравоохранения всех стран мирового сообщества. И несмотря на то, что насилие на рабочем месте затрагивает практически все категории работников во всех секторах медицинской отрасли, наиболее часто оно встречается в сфере здравоохранения. Случаи агрессии в этом секторе могут составлять почти четверть от общего числа случаев насилия на рабочем месте. Медицинские сестры, как самая многочисленная группа медицинских работников, находящаяся в самом длительном и непосредственном контакте с пациентами, в процессе сестринского ухода, чаще всего подвержены риску агрессии со стороны пациентов.

Истинный масштаб проблемы не может быть оценен, поскольку не все медсестры готовы сообщать о случаях насилия на работе. Основная причина не сообщать о данном насилии - это мнение, что заявление о произошедшем ничего не изменит, а также появляется страх потерять работу.

Проблема агрессивного поведения пациентов в отношении медицинской сестры актуальна во всем мире, в том числе и в Республике Казахстан. Агрессивное поведение пациентов в отношении медицинских сестер - это вопрос, который требует пристального внимания в свете новых фактов, что многие страны начинают говорить о необходимости создания законов для защиты медсестер. Система здравоохранения Республики Казахстан стремится идти в ногу со временем и соответствовать международным стандартам во многих вопросах для обеспечения высокого качества оказываемой медицинской помощи и максимального удовлетворения нужд населения касательно профилактики и лечения заболеваний. Для более глубокого понимания всех внутренних процессов и усовершенствования всей системы здравоохранения с учетом мирового опыта

разрабатываются новые программы и направления. Но в отношении данной проблемы пока еще уделяется мало внимания. Медсестры не защищены специальными государственными программами, они имеют только защиту, предусмотренную Конституцией Республики Казахстан, для всех граждан нашей страны.

Последствия этого насилия достаточно серьезные и включают в себя ряд физических, психоэмоциональных и психосоциальных проблем. Это также подрывает качество предоставления медицинских услуг. Кроме того, отсутствие ощущения собственной безопасности на рабочем месте может приводить к нервному истощению, что является одной из причин быстрого психоэмоционального выгорания, стремления изменить профессию и никогда не возвращаться к практике сестринского ухода.

Выводы. Понимание причин насилия на рабочем месте является важным условием для разработки эффективных программ по предотвращению этого явления, что положительно отразится на качестве работы медицинской сестры, повышению мотивационного фактора. Для изучения данной проблемы необходимо провести исследования, а также организовать борьбу с агрессивным поведением пациентов в отношении среднего медицинского персонала.

Ключевые слова: насилие на рабочем месте, агрессивное поведение пациента, медицинские сестры.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 61:331.108; 614.253

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕДСТОЯЩЕГО ТРУДОУСТРОЙСТВА ВЫПУСКНИКОВ ОТДЕЛЕНИЯ «СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА».

Мылтыкбаева. А.Т.

*Медицинский колледж г.Балхаш, заведующая отделением специальности
«Сестринское дело», Карагандинская область, Казахстан*

В медицинском колледже города Балхаш проводится целенаправленная работа по трудоустройству выпускников. В последние годы существенно изменились содержание и структура подготовки специалистов, значительно

повысились требования к их профессиональной подготовке. С учетом Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы, где имеется недостаток средних медицинских работников на уровне ПМСП (1,1 медицинской сестры на 1 участкового врача), поэтапно внедряется принцип поиска и отбора кадров, определяется общая потребность в медицинских сестрах на соответствующих уровнях здравоохранения в соответствии со стратегией развития отрасли, региона и организации.

С целью обеспечения эффективного мониторинга и прогнозирования развития рынка труда и человеческих ресурсов в здравоохранении, колледж должен не только готовить конкурентоспособных специалистов-профессионалов, готовых к постоянному профессиональному росту мобильных, компетентных, но и содействовать их трудоустройству, социально-психологической и профессиональной адаптации в новой рыночной среде.

Количество выпускников по специальности «Сестринское дело» за последние 3 года - 161, из них трудоустроены -137 (85,2%), 1 выпускник выбыл за пределы РК, поступили в ВУЗы - 10 (6,2%), призван в ряды ВС РК-1(0,6%), подлежат трудоустройству- 12 (7,4%), из них 10 находятся в декретном отпуске по уходу за ребенком).

Так, в целях повышения качества подготовки специалистов и создания нами благоприятных условий для обучения будущих специалистов сестринского дела, колледжем заключены договора о сотрудничестве с медицинскими организациями города и области.

В колледже систематически работает комиссия по трудоустройству и распределению выпускников, с участием представителей Балхашского зонального представительского областного управления здравоохранения, отдела занятости и социальных программ, главных врачей медицинских организации города Балхаш и близ лежащих районов.

Главными социальными партнерами являются медицинские организации г. Балхаш, г. Приозерск, Шетского и Актогайского районов.

В течение учебного года колледж отправляет запрос в медицинские организации о потребности лечебных учреждений в специалистах со средним медицинским образованием, в т.ч. и медицинских сестер. Затем проводя анализ потребности в специалистах, заведующие отделениями, кураторы информируют

обучающихся о наличии рабочих мест в медицинских организациях города и области, проводятся отделенческие собрания.

Учитывая потребность рынка медицинских услуг, и, с целью повышения профессиональной подготовки выпускников, в колледже разработана система содействия их трудоустройству, в которое входят следующие мероприятия:

Трудоустройству выпускников нашего колледжа так же способствует проводимая «Ярмарка вакансий» с приглашением руководителей медицинских организаций. С целью адаптации к будущему месту работы в соответствии с полученными специальностями организуются преддипломные производственные практики в медицинские организации по договоренности руководителей медицинских организаций и обучающейся.

По завершению обучения в колледже кураторы групп для ведения отчетности по трудоустройству выпускников выписывают удостоверения о прибытии на работу, а также извещают обучающихся о том, что после трудоустройства им необходимо предоставить в колледж подтверждение о прибытии на работу. В начале следующего учебного года проводится сбор информации о фактическом трудоустройстве выпускников и проводится мониторинг трудоустройства выпускников и установления «обратной связи» с работодателями.

Таким образом, можно сделать вывод, что выпускники медицинского колледжа г. Балхаш востребованы на рынке труда, трудоустраиваются, а колледж получает положительные отзывы от работодателей.

Ключевые слова: медицинский колледж, обучение медицинских сестер, трудоустройство.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 61:331.108; 614.253

ИНТЕНСИВТІ ТЕРАПИЯДА КӨКТАМЫРДЫ КАТЕТЕРЛЕУДЕ ДАМИТЫН ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АСҚЫНУЛАРДЫ АНЫҚТАУ

Серикова Б.Д.¹, Тайғашева Н.М.¹, Оразбаева Э.А.¹,
Жұманқұлова Н.Р.², Сейдахметова А.А.³

¹Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Жедел медициналық көмек және мейіргер ісі кафедрасының оқытушысы, Шымкент, Қазақстан

²Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, ТЖКББФ деканының орынбасары, Шымкент, Қазақстан

³Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Жедел медициналық көмек және мейіргер ісі кафедрасының меңгерушісі, Шымкент, Қазақстан

Кіріспе. Қазіргі кезде интенсивті терапия бөлімшесінде жаңа технология ендіру өріс алу үстінде. Атап айтқанда интенсивті емнің негізгі бөлігін инфузия, трансфузия тәсілі құрайды. Инфузиялық терапия – науқастрады емдеу мен күтім жүргізуде маңызды орын алады, бұл әсіресе реанимация медбикелерінің жұмысының бір бөлігі. Оның ішінде инфузия жүргізуде көктамырға катетер енгізу ерекше орын алады.

Зерттеу мақсаты. Интенсивті терапияда көктамырды катетерлеуден кейін дамиды инфекциялық асқынуларға ықпал етуші факторлар мен инфекциялық асқынуларды анықтау.

Материалдар мен зерттеу әдістері. Шымкент қаласының жедел медициналық жәрдем ауруханасының жан сақтау және қарқынды терапия бөлімшесінде 2018 жылы 90 науқасқа перифериялық көктамырды катетеризациялау жүргізілді, жасы 18-81 аралығында, ерлер 58, әйелдер 32, сараптама жасалды.

Катетерге байланысты инфекциялық асқыну қоздырғыштарының микробиологиялық пейзажы ШҚЖЖА бактериологиялық зертханасында зерттелді. Бұл мақсатта катетерді шығарып алу алдында катетер айналасы асептикалық тәртіппен өңделіп, стерильді қолғап киіп жүргізілді. Катетердің дистальды бөлігін (2-3 см) стерильді қайшымен кесіп, стерильді пробиркамен, бактериологиялық зертханаға жіберілді. Бактериологиялық лабораторияда катетер ұшынан кесіп алынған бөлігі қанды агар ортасына егілді. Осымен бірге организмде жалпы инфекция дамуын жартылай сапалы әдісімен бағаланды. Бұл әдісте негізінен гемокультураның оң немесе теріс нәтижесінің организмнің жалпы инфекциялануға әсері анықталды.

Зерттеу нәтижесі. Инфузиялық тұзды және тұзсыз ерітінділермен қатар, қан препараттары және плазма құйылған 10 (16,6%) науқаста асқынулар 1 -ші тәулікте көрініс берді. Осындай инфузиялық ем жүргізілген 8 (13,3%) науқаста асқынулар 3- ші тәулікте пайда болды. Олар қабыну белгілерінсіз ауыру сезімі -2,

тері асты гематома - 1, тері инфильтрациясы – 2, гиперемия – 3 науқаста байқалды. Анализге қан алу 3- ші күннен 2 науқаста қиынға түсті. 5 - ші күні асқынулар 11 (18,3%) науқаста көрініс берді, қабыну белгілерінсіз ауыру сезімі - 1, тері асты гематома - 1, тері инфильтрациясы – 3, гиперемия – 6 науқаста, қан алынбады. 8 (13,3%) науқаста ерітінділер енгізгенде вена бойы ауыру сезімі пайда болып, флебиттік көрініс орын алды. Мұндай өзгерістер 7- ші күні байқалады.

Инфузиялық терапия жүргізілген 10 (33%) науқаста асқынулар 3- ші тәулікте пайда болды. Олар қабыну белгілерінсіз ауыру сезімі -2, тері асты гематома - 1, тері инфильтрациясы – 1, гиперемия – 2 науқаста байқалды. Анализге қан алу 3- ші күннен бастап-ақ 4 науқаста қиынға түсті.

5 - ші күні асқынулар 7 (23%) науқаста көрініс берді, қабыну белгілерінсіз ауыру сезімі - 3, тері асты гематома - 1, тері инфильтрациясы – 1, гиперемия – 2 науқаста, қан алынбады.

6 (20%) науқаста ерітінділер енгізгенде көктамыр бойы ауыру сезімі пайда болып, флебиттік көрініс орын алды. Мұндай өзгерістер 7- ші күні байқалады.

Дамыған асқынуларда алынған катетерлерді бактериологиялық зерттеуде Коагулазонегативті стафилококк (CNS) (36,6%), *Staphylococcus aureus* (30,1%), Грам теріс микроорганизмдер (6,7%), *Enterobacter* (3,3%), *Staphylococcus epidermidis* (23,3 %) анықталды.

Ал жартылай сапалы әдіс нәтижесінде катетерде микробтың өсуі 11 науқаста, септицемия тудыруға әсері 14, ал 65 жағдайда тура қызбаның себебі болып табылмады. Осыған орай ол катетерлеуде микробтардың қанда байқалғанмен, сепсис тудырмады. Катетерден дамыған сепсис анықталмады.

Қорытынды. Зерттеудің қорытындысында микробтық пейзажында Коагулазонегативті стафилококк, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* көп орын алды. Интенсивті терапия бөлімшесінде жасалынатын көктамырды катетерлеу манипуляцияларында механикалық, инфекциялық асқынулардың алдын алу мәселесінде қол гигиена ережесі, асептикалық күтім қатаң сақталуы тиіс. Сонымен қатар венаны катетерлеуді механикалық зақымданусыз орындау практикада асқынулардың алдын алады. Катетердің микробтық ластануы негізгі сырқаттық әсерімен қоса медбикенің асептикалық шараларды жүргізуіне және катетердің тұру мерзімімен анықталды.

Кілтті сөздер: көктамырды катетерлеу, катетерден кейінгі асқынулар, мейірбикелік көмек.

ТҰРМЫСТЫҚ ЗОРЛЫҚ-ЗОМБЫЛЫҚТЫҢ ДАҒДАРЫС ОРТАЛЫҒЫНДАҒЫ МӘСЕЛЕЛЕР

Сүйінбай А.Ә.¹, Сейдахметова А.А.², Биболова А.С.³, Серікова Б.Д.⁴,
Тайғашева Н.М.⁴

¹Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, «Мейіргер ісі» мамандығының 1 –
курс магистранты, Шымкент, Қазақстан

²Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Жедел медициналық көмек және
мейіргер ісі кафедрасының меңгерушісі, Шымкент, Қазақстан

³Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Жедел медициналық көмек және
мейіргер ісі кафедрасының ассистенті, Шымкент, Қазақстан

⁴Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Жедел медициналық көмек және
мейіргер ісі кафедрасының оқытушысы, Шымкент, Қазақстан

Кіріспе. Отбасындағы зорлық-зомбылық – бұл бір адамның билікті сақтау және басқа адамға бақылау жасауымен сипатталатын мінез-құлық жүйесі. Мемлекеттік органдармен қатар, түрлі үкіметтік емес ұйымдар отбасын зорлық-зомбылықтан, әсіресе Қазақстанда қорғауға қатысады, 24 үкіметтік емес ұйымдар әйелдерді және балаларды зорлық-зомбылықтан қорғайды. Сонымен бірге, отбасындағы зорлық-зомбылықтан қорғау үшін 2 ерлерге арналған дағдарыс орталықтары бар. Нақтырақ айтсақ, тіпті ер адамдар тұрмыстық зорлық – зомбылықтан зардап шегетінін көрсетеді.

Қазақстан Республикасының статистикалық мәліметтері бойынша, тұрмыстық зорлық-зомбылықтың салдарынан жыл сайын республикада 500-ге жуық әйел адам көз жұмады екен. Дағдарыс орталығы одағының зерттеулері бойынша, Қазақстанда әрбір үшінші әйел соққыға жығылады, ал әрбір бесінші әйел зорлаудың құрбаны болады.

Тиісті мемлекеттік органдардағы зорлық-зомбылықтың алдын алумен айналысатын қызметкерлер отбасы және адам психологиясын жақсы білетін, тәжірибесі мол азаматтар болуы қажет.

Зерттеу мақсаты. Дағдарыс орталығында әлеуметтік көмек алатын әйелдердегі тұрмыстық зорлық-зомбылықтың ауырлық дәрежесі мен құрылымын зерттеу.

Материалдар мен әдістер. Зерттеу Шымкент қаласы, «Қызыл жарты ай» дағдарыс орталығында жүргізілді. Дағдарыс орталығында осы уақытқа дейін стационарлы түрде әлеуметтік көмек алған әйелдер мен балаларының саны - 69. Әр әйелде орташа алғанда – 4-7 балаға дейін бар. Тұрмыстық зорлық-зомбылықтың ауырлық дәрежесін бағалау үшін арнайы «бағалау парағы» құрастырылды. Ол зорлық-зомбылықтың физикалық, психологиялық және экономикалық дәрежесін анықтауға мүмкіндік береді.

Бағалау парағы 3 негізгі бөлімнен тұрады. 1- бөлімі – физикалық зорлық – зомбылық. Бұл бөлімде денсаулыққа зиян келтіру, күш көрсетіп ұрып - соғу, сыйламау, айналасындағы заттарға зиян келтіру және басқа да зорлық –зомбылық әрекеттерді сұрастыру арқылы әйелдерді бағаладық. 2-бөлімі – психологиялық зорлық – зомбылық. Бұл бөлімде әйелдің психикасына әсер ететін жағдайлар: қатігездік, мазақ етушілік, адамды кемсіту, балағат тау, бопсалау, зардап шегушінің адами құндылығын төмендету, теріс эмоция туғызатын басқа да іс-әрекеттерімен бағаладық. 3- бөлімі – экономикалық зорлық – зомбылық. Бұл бөлімде жеке басты куәландыратын құжаттарынан айыру, өмір сүруге қажетті қаражаттан, тұрғын үйден, киім мен тамақтан айыру және басқа да зорлық – зомбылық әрекеттерді сұрастыру арқылы әйелдерді бағаладық.

«Бағалау парағында» максималды балл – 16 балл. 1 немесе 0 деген баға арқылы бағаланады. 10 баллдан жоғары болса – зорлық – зомбылықтың ауыр дәрежесі болып есептелінеді.

Нәтижелері. «Бағалау парағы» сараптамасы – 16 әйелге жүргізілді. Осы сараптама бойынша 10 әйел зорлық – зомбылықтың физикалық дәрежесімен, 4 әйел – психологиялық дәрежесімен және 2 әйел экономикалық дәрежеде зардап шеккені анықталды. Яғни, физиологиялық зорлық-зомбылық – 63%, психологиялық зорлық – зомбылық – 25%, ал экономикалық зорлық – зомбылық дәрежесі – 12%-ды құрады. Соның ішінде, физикалық зорлық – зомбылықтан зардап шеккен 10 әйелден 6 әйел (59%) - ауыр дәрежеде (олардың отбасына қайта оралуға ойы жоқ), 4 әйел (41%) - орташа ауырлық дәрежеде деп бағаланды. Ал, психологиялық зорлық – зомбылықтан зардап шеккен 4 әйелден 3 әйел (75%) - ауыр дәрежеде, 1 әйел (25%) - орташа дәрежеде екендігі анықталды. Экономикалық зорлық – зомбылықтан зардап шеккен 2 әйелдің ауырлық дәрежесі (100%) орташа деп бағаланды.

Қорытынды. Қорыта келе, 63% - физиологиялық факторлардың нәтижесінде, 25%- психологиялық факторлардың нәтижесінде, 12% - экономикалық фактор-

ларға байланысты тұрмыстық зорлық- зомбылықтан зардап шеккен әйелдер отбасына қайта оралуға ниеті жоқ. Тұрмыстық зорлық- зомбылықтан зардап шеккен әйелдердің ішінде физиологиялық факторлардың әсері жоғары деп есептелді.

Кілтті сөздер: тұрмыстық зорлық-зомбылық, дағдарыс орталығы.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 614; 614.2

МЕЙІРБИКЕЛЕРДІҢ НАУҚАСҚА БАҒЫТТАЛҒАН КҮТІМ ҰСТАНЫМЫН ҚОЛДАНУЫН ЗЕРТТЕУ

Шерхан А.Ү.¹, Сейдахметова А.А.², Қауызбай Ж.Ә.³, Байдалиева М. Ғ.¹,
Сұлтанова Ж.С.⁴

¹*Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, «Мейіргер ісі» мамандығының 1 –
курс магистранты, Шымкент, Қазақстан*

²*Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Жедел медициналық көмек және
мейіргер ісі кафедрасының меңгерушісі, Шымкент, Қазақстан*

³*Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Жедел медициналық көмек және
мейіргер ісі кафедрасының оқытушысы, Шымкент, Қазақстан*

⁴*Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Жедел медициналық көмек және
мейіргер ісі кафедрасының ассистенті, Шымкент, Қазақстан*

Кіріспе. Паллиативті күтім мейірбикесі, әлеуметтік және психологиялық тұрғыдан алғанда, тек медициналық және профилактикалық іс-шаралармен шектелмейді, науқас пен оның отбасының күрделі мәселелерін шешуге де қатысады. Мұндай шешімдер қабылдау медбикенің моральдық күш-жігерін, тәжірибе мен білімді жұмылдыруды, науқас алдында жауапкершілік дәрежесін терең түсінуді, ол жұмыс істейтін мекеменің қызметкерлері, сайып келгенде, қоғам алдында жауапкершілікті талап етеді. Жағдайдың күрделілігі оның кепілдік бере алмайтындығымен қарамастан, абсолютті сәттілік және сонымен қатар науқасқа көмектесу жолдарын табу керек. Науқастың жағдайы неғұрлым ауыр болса, оған жоғары білікті, сапалы, нәтижелі мейірбике күтімі қажет болып табылады. сондықтан паллиативті медицинада мейірбикелік мамандықтың маңызы жоғары.

Зерттеудің мақсаты: Паллиативті көмек көрсететін мейірбикелердің науқасқа бағытталған күтім ұстанымын қолдануын зерттеу.

Материалдар мен әдістер. Зерттеуге Шымкент қаласы, Т.О.Орынбаев атындағы гипербариялық оксигенация орталығында «Паллиативті көмек және мейірбикелік күтім» бөлімшесіндегі 11 мейірбике қатысты. Зерттеу барысында бөлімше мейірбикелерінің паллиативті көмекке зәру науқастармен жұмыс жасау барысында науқасқа бағытталған күтім ұстанымымен: науқастың ыңғайлы отыруына мән беру, визуальды жанасу деңгейі, тұлға аралық қатынасудың дистанциясы, түсіндірме жұмысын жасау, кері байланыс жасау сияқты қатынастары анықталды.

Нәтижелері. Көзбен жанасу-вербальды емес қатынасу әдісі, басқа адам туралы біршама ақпарат жинауға мүмкіншілік береді. Қатынасу үстінде 11 мейірбикенің 2 (18,2%) мейірбике 3 секунд қарайды, 3 (27,3%) мейірбике 3 секундтан ұзақ қарайды, 6 (54,6%) мейірбике 3 секундтан аз қарайды.

Тұлға аралық қатынасудың дистанциясы бойынша егер науқас адамның өзінен сұхбаттасу қашықтығын таңдауға мүмкіншілік берсе, ол 2 метр қашықтықта орналасатыны анықталған. Тұлға аралық қатынасудың дистанциясы бойынша мейірбикелер 3 (27,3%) мейірбике 2 метр қашықтықты сақтаса, қалған 8 (72,7%) мейірбике 4 - 5 метр қашықтықта науқастармен қарым-қатынас жүргізе береді. Ем шараны түсіндіру барысында 2 (18,2%) мейірбике түсіндірме жұмысын жүргізеді, 9 (81,8%) мейірбике түсіндірме жұмысын жүргізбейді. Медицина қызметкерлерінің науқастармен кері байланыс жасау деңгейі бойынша: 2 (18,2%) мейірбике кері байланыс жасайды, ал 9 (81,8%) мейірбике кері байланыс жасамайды.

Қорытынды. Бөлімшедегі қызметкерлердің, соның ішінде, мейірбикелердің жұмыс істеу барысында жұмысының көп бөлігінде науқастармен қарым-қатынасқа түсетіндіктен, бөлімшедегі барлық мейірбикелер коммуникативті дағдыларды меңгеруі тиіс. Заманауи мейіргерлік тәжірибе, көрсетілетін медициналық көмектің сапасын арттыру, науқасқа бағытталған мейіргерлік күтім принциптерін дамытуды талап етеді. Науқасқа бағытталған мейіргерлік күтім науқастың пікірін есепке ала отырып нәтижелі әріптестік орнату және шешім қабылдау, жұмыстарды келісу концепциясына негізделген. Бұл технология әлемдік денсаулық сақтау жүйесіне қарқынды түрде енгізілуде және науқастардың қанағаттануына, мәселелердің нақты айқындалуына, коммуникативті дағдылардың қалыптасуы нәтижесінде науқаспен толық байланыс орнату үшін қажет.

Кілтті сөздер: мейіргерлік іс, коммуникативті дағдылар, науқасқа бағытталған күтім.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 616.23/.25

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

Файзиева У.Р.

Ташкентская медицинская академия, старший преподаватель кафедры
«Детские болезни №1», Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Несмотря на большие достижения в профилактике и лечении обструктивного бронхита, он и сегодня является значительно распространенным явлением среди детей раннего возраста. Проблема обструктивного бронхита у детей раннего возраста по-прежнему остается одной из самых актуальных в педиатрии.

Цель исследования. Проведение сестринского процесса и изучение характерных клиничко-anamnestических проявлений обструктивного бронхита у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в Первой клинике Ташкентской медицинской академии, в 2016-2017 гг. в отделении детской пульмонологии. В основу исследования положены данные обследования 28 детей с обструктивным бронхитом, возраст детей - от 1 до 4-х лет. Диагноз устанавливался на основании жалоб больных, анамнеза заболевания, лабораторных данных и рентгенографии грудной клетки.

Результаты исследование. Характерными клиническими признаками заболевания были свистящие хрипы, оральная крепитация, влажный кашель, повышение температуры тела. Выраженная интоксикация, повышение температуры тела до 39⁰С отмечалось у 18 (64%) больных, вялость и беспокойство у 16 (57%) детей, бледность кожных покровов, умеренный цианоз носогубного треугольника 12 (42%), одышка экспираторного генеза 22 (78,5%). При перкуссии грудной клетки определенлся коробочный легочный звук.

Важным диагностическим признаком обструктивного бронхита является характерная клиническая картина в легких: на фоне жесткого дыхания выслушивались свистящие диффузные среднепузырчатые хрипы. Рентгенография грудной клетки проводилась по показаниям, при этом чаще встречалось усиление корня легких, очаговые изменения не выявлены. В периферической крови у 9 (32%) пациентов определена гипохромная анемия и также лейкоцитоз. Наиболее часто имело место высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов. А также выявилось ускорение СОЭ – у 14 (50%) детей.

Медицинские сестры проводили беседу с родственниками/представителями пациентов о мерах профилактики обструктивного бронхита у детей. Также они провели оценку ситуации с пациентами: настоящие проблемы - свистящие хрипы, беспокойства, нарушение сна; потенциальные проблемы - риск осложнения; приоритетные проблемы - лихорадка; краткосрочная цель - уменьшить лихорадку в течение следующих пяти дней до субфебрильных цифр.

Заключение: Обструктивный бронхит у детей раннего возраста при своевременной диагностике и лечении протекает без осложнений. В этой связи роль медицинской сестры в процессе организации лечения и ухода за больным ребенком важна, и может способствовать быстрому восстановлению пациента и улучшения качества его жизни.

Ключевые слова: ХОБЛ, обструктивный бронхит, дети раннего возраста, сестринский уход.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 616-006

ОПРЕДЕЛЕНИЕ HER2-СТАТУСА В РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Койшыбаева А.Б.

*Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии,
старший фельдшер-лаборант Центра морфологических исследований,
Алматы, Казахстан*

Введение. Амплификация гена HER2 выявляется в 15-25% случаев инвазивного рака молочной железы (ИРМЖ) иммуногистохимическим (ИГХ) и *in situ* гибридизацией методами.

Целью нашего исследования было морфологическая диагностика и молекулярно-генетические исследования в онкологии определение HER2-статуса у пациенток с инвазивным раком молочной железы с использованием иммуноштейнера BenchMark Ultra (Ventana).

Материалы и методы. Иммуногистохимически исследовался материал 251 пациентки с ИРМЖ с использованием антитела Pathway anti-HER2/neu (4B5). Негативный HER2-статус (0 и 1+) определялся у 174 (69%) пациенток. Позитивный HER2-статус (3+) имел место в 50 (20%) случаях. Сомнительный статус, с пограничным значением HER2 (2+), определялся у 27 (11%) пациенток и уточнялся нами с помощью SISH исследования. Метод состоит из двух последовательных гибридизационных этапов, проводимых на одном срезе. На первом этапе определяется ген HER2 методом *in situ*-гибридизации с использованием серебра (SISH), на втором этапе выявляется центромера хромосомы 17 (Chr17) с использованием красного хромогена (Red ISH). SISH гибридизация была выполнена с использованием тест системы INFORM HER2 DUAL ISH DNA Probe Coctail «Ventana» (USA). Оценка проводилась на световом микроскопе при увеличении объектива 40 и включала подсчет количества черных и красных сигналов в 20 ядрах опухолевых клеток инвазивного компонента. SISH сигналы черного цвета метили ген HER2, Red ISH (сигналы красного цвета) – центромеру хромосомы 17 (Chr 17). HER2-статус определялся отношением среднего числа копий данного гена к среднему числу копий Chr17. В качестве внутреннего позитивного контроля оценивались ядра нормальных клеток в образце (лимфоциты, фибробласты, эндотелий, нормальный эпителий).

Результаты. В 5 (19%) случаях была обнаружена амплификация гена HER2 (HER2 \geq 6, ASCO 2013). В 19 (70%) случаях имел место отрицательный результат (HER2 $<$ 4). В 3 (11 %) случаях провести оценку не представлялось возможным в связи с неадекватной окраской (отсутствие сигналов в ядрах клеток внутреннего позитивного контроля).

Выводы. Таким образом, позитивный HER2-статус рака молочной железы, определяемый ИГХ и SISH методами, был нами выявлен в 22% случаев, что

коррелирует с данными разных авторов. Во всех случаях с неадекватной окраской SISH имели место ошибки преаналитического этапа (материал готовых блоков).

Ключевые слова: рак молочной железы, HER2-статус, Казахстан.

J Health Dev 2018; 2(27) Supplement: xx-xx

УДК 613.6; 613.62

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ УХОДА ЗА ЦЕНТРАЛЬНЫМИ ВЕНОЗНЫМИ КАТЕТЕРАМИ

Фирсова Е.А.

*Областной онкологический диспансер Управления здравоохранения Акимата
Северо-Казахстанской области, главная медицинская сестра,
Петропавловск, Казахстан*

Тема «Повышение эффективности ухода за центральными венозными катетерами» актуальна, так как катетеризация одна из частых манипуляций. Постановка венозного катетера давно применяется в клинической практике, методика апробирована и ежегодно врачами осуществляется постановка нескольких сотен миллионов периферических катетеров и десятки миллионов центральных венозных катетеров. Постановка катетера врачебная манипуляция, но дальнейшая процедура подключения капельницы и уход за катетерами осуществляют медицинские сестры. Сестринский персонал несёт ответственность перед пациентами и своими коллегами. Кроме того, персонал клиники должен осознавать, что некоторые аспекты могут иметь и юридические последствия.

Любая методика вмешательства с нарушением целостности сосудистой системы требует повышенной осторожности, кроме того, в настоящее время чрезвычайно остро стоит проблема инфекций, передаваемых через кровь (СПИД, гепатит). Введение катетера, нарушающего защитный кожный слой, является потенциальной опасностью для пациента. Источником инфекции может быть сам катетер, инфузионная система или инфузионный раствор. Сравнительно недавно появился в медицине термин «катетерный сепсис». Исследования зарубежных

авторов показывают, что при максимуме внимания к этой повседневной манипуляции, выполняемой в каждом хирургическом стационаре, уровень внутрибольничной инфекции можно снизить на треть с помощью улучшения ухода за катетером.

Роль медицинской сестры в работе с центральным венозным катетером (ЦВК) заключается в обеспечении качественной и безопасной медицинской помощи, направленной на недопущение возникновения возможных осложнений.

Считается, что частота осложнений зависит от выбора центральной вены, выбора стороны постановки (справа или слева), экстренности постановки, гиповолемии, коагулопатии, искажения нормальных анатомических ориентиров, работе с катетером. Работа с катетером важный аспект для руководителя сестринских служб.

Для любого инвазивного вмешательства имеют место определенные показания. К ним относятся невозможность достижения терапевтических целей периферическим доступом, воспаление и склероз периферических вен, шок любой этиологии, гиповолемия, непрерывная инфузия вазотонических, наркотических средств, внутривенное введение концентрированных растворов, препаратов парентерального питания, парентеральная химиотерапия, постоянный контроль кровяного давления и лабораторных показателей, гемодиализ, плазмоферез, проведение сердечно-легочной реанимации.

Как и принято наряду с показаниями имеются и ряд противопоказаний. К ним причислены - венозный тромбоз, воспалительные процессы и травматические повреждения области шеи и плеча, повышенная кровоточивость, не леченый сепсис, выраженная дыхательная недостаточность, синдром верхней полой вены. Однако противопоказания являются относительными, т.к. если катетер необходимо поставить по жизненным показаниям, то это будет сделано при любых обстоятельствах.

К осложнениям при постановке и работе с ЦВК относят механические, инфекционные и тромбоэмболические осложнения.

Для медицинского персонала среднего звена актуальность проблемы состоит именно в инфекционных осложнениях. Все действия медицинских сестёр диспансера направлены на профилактику катетер-ассоциированных инфекций (КАИК). КАИК – группа инфекционных заболеваний, развивающихся у человека в результате использования сосудистого катетера для введения лекарственных средств, забора проб крови или иных процедур при оказании медицинской

помощи. КАИК являются составной частью инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Чтобы не допустить заражения, разработаны общие рекомендации (протоколы, стандартные операционные процедуры), которых придерживается медицинский персонал.

В заключение необходимо отметить, что в большинстве случаев катетеризация вен, проходит для пациента бесследно, без каких-либо осложнений. А вот лечебное значение катетеризации сложно переоценить, потому что венозный катетер позволяет осуществлять тот объем лечения, который необходим для пациента в каждом отдельном случае.

Ключевые слова: центральный венозный катетер, уход за больным, медицинские сестры.