УДК 614.253.52-08-039.57-085:378.147

Т.Х. ХАБИЕВА, Б.А. ШОКАБАЕВ, А.Г. СЕЙТКУЖАНОВА, Г.К. ЛЕБАЕВА
Кафедра сестринского дела ИПО КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВЕННОГО ОБУЧЕНИЯ С СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕМ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО СЕКТОРА, И ПОЭТАПНЫМ НАРАЩИВАНИЕМ ПОТЕНЦИАЛА ПМСП

В статье говорится о взаимосвязи качественного обучения с проведением системной работы по совершенствованию амбулаторно-поликлинического сектора, поэтапного наращивания потенциала первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Введение в штат дополнительных должностей, как: социальных работников, психологов, вторых медсестер для участковых врачей, третьих медсестер для врачей общей практики позволит обеспечить эффективность профилактической работы и повысить качество медицинского обслуживания в организации ПМСП. Необходимость обучения социальных работников медицинским и коммуникативным знаниям.
Ключевые слова: *комплексный план развития сестринского дела до 2020 года разработанный Министерством здравоохранения и социального развития совершенствование амбулаторно-поликлинического сектора, поэтапное наращивание потенциала ПМСП, дополнительные должности, эффективность профилактических работ, повышение качества медсестринского обслуживания на уровне ПМСП.*

Комплексный план развития сестринского дела до 2020 года разработанный Министерством здравоохранения и социального развития РК предусматривает:

- внедрение новых компетенций и ролей специалистов сестринского дела в системе здравоохранения;
- институциональное развитие медицинских колледжей и университетов в соответствии с реформой сестринского дела;
- создание научной основы для укрепления сестринского образования и развития системы сестринского дела;
- маркетинг и повышение осведомленности о реформе сестринского дела для формирования позитивного образа новой профессии медсестры;
- разработку и внедрение механизмов координации реформы сестринского дела в РК.

В связи с внедрением в здравоохранение Казахстана семейной медицины, предусматривающей в частности перераспределение части объемов помощи из дорогостоящего стационарного сектора в амбулаторно-поликлинический, первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) стало основным звеном при оказании населению медицинской помощи. Основные характеристики качества медицинской помощи:

1. результативность
2. эффективность
3. оптимальность
4. приемлемость
5. законность
6. справедливость

Сегодня в Казахстане трудятся более 154 тыс. специалистов сестринского дела, из них более 39% в сельском здравоохранении.

Назрела необходимость изменения юридического и профессионального статуса медицинской сестры. Сформировавшаяся ранее система взаимодействия врача и медсестры не соответствует потребностям современного высокотехнологичного здравоохранения, требующего углубления сестринской подготовки, расширения уровня ее профессиональной компетенции и самостоятельности.

В связи с этим, продолжается работа по внедрению организационных сестринских технологий ведения медицинской документации, расширяется участие сестринского персонала в новых организационных формах внебольничной помощи: дневных стационарах, хосписах, консультативно-диагностических службах ухода на дому. Есть положительный опыт профилактической работы медицинских сестер в кабинетах планирования семьи.

Проводится системная работа по совершенствованию амбулаторно-поликлинического сектора, поэтапному наращиванию потенциала первичной медико-санитарной помощи. Введение в штат дополнительных должностей, как:

- социальных работников,
- психологов,
- вторых медсестер для участковых врачей
- третьих медсестер для врачей общей практики

позволили обеспечить эффективность профилактической работы и повысить качество медицинского обслуживания в организации ПМСП.

Первой важнейшей задачей современной медицинской сестры является «поддержание у человека такого состояния, при которой болезнь не наступает» (Ф.Найтингейл), т.е. на участие медицинских сестер в профилактике заболеваний и сохранении общественного здоровья.

Второй задачей медицинской сестры является, согласно модели В.Хендерсон: «уникальная задача медицинских сестер в процессе ухода за отдельными лицами, больными или здоровыми, заключается в том, чтобы оценить отношение пациента к состоянию своего здоровья и помочь ему в осуществлении тех действий по укреплению и восстановлению здоровья, которое он мог бы выполнить сам, если бы имел для этого достаточно сил, воли и знаний». Иными словами, медицинская сестра должна хорошо знать и уметь применять сестринский процесс, как научно-обоснованный метод решения проблем пациента. Для организации и правильного управления сестринским процессом, медицинская сестра должна обладать необходимым уровнем теоретических знаний, иметь навыки

профессионального общения и обучения пациентов, выполнять сестринские манипуляции, используя современные технологии. Поэтому немаловажно качественное обучение среднего медперсонала, особенно сестринскому процессу, как научному методу организации и исполнения системного (пошагового) ухода за пациентами, ориентированного на удовлетворение потребностей человека, связанных со здоровьем.

Сестринский процесс включает в себя обсуждение с пациентом и его членами семьи, родственниками или близкими, всех возможных проблем (о которых они не имеют никакого представления), помощь в их решении в пределах сестринской компетенции. Следовательно, цель сестринского процесса – предупредить, облегчить, уменьшить или свети к минимуму те проблемы, которые возникли у пациента. Качество обучения, в том числе обучения сестринскому процессу, как одного из необходимых компонентов сестринской деятельности, необходимой в процессе совершенствования амбулаторно-поликлинического сектора зависит от ответственного подхода заказчика образовательных услуг (со стороны ЛПУ)

и качества обучения (со стороны поставщика образовательных услуг: университетов, колледжей и др. частных медучреждений, выступающих в тендере образовательных услуг).

Это важная деталь, вследствие которой может быть увеличение некомпетентных, необразованных, медицинских сестёр или наоборот, компетентных и высокообразованных и высококвалифицированных.

В Указе Президента РК «Об утверждении Государственной программы развития образования и науки РК на 2016-2019гг. отмечено, что в задачи последипломного образования входит обеспечение качественной подготовки конкурентоспособных кадров.

Ни для кого не является секретом то, что множество медицинских сестёр, работающих в настоящее время в амбулаторно-поликлиническом секторе на уровне ПМСП, не являются конкурентоспособными кадрами, так как не имеют качественной подготовки вследствие слабого базового образования. А привлечённые к работе в амбулаторно-поликлиническом секторе социальные работники вообще не имеют представления о медицине. Кроме того, назрела необходимость внесения дополнений в Закон о лицензировании и Правила определяющих качество обучения поставщиков образовательных услуг. Многим первым руководителям ЛПУ выгодно за малую плату провести обучение своих сотрудников, не задумываясь о качестве полученных знаний.

Данный факт проявился нами при проведении очередных курсов повышения квалификации медицинских сестёр. К примеру: о сестринском процессе: они обследуют пациента, выписывают направления на лабораторно-инструментальное обследование и к узким специалистам, назначенное врачом, т.е. проводят зависимое (от врача) вмешательства.

Сестринский процесс - это гибкий, живой и динамичный процесс, обеспечивающий постоянный поиск ошибок в уходе и систематическое своевременное внесение корректив в план сестринской помощи. Он состоит из 5 этапов: 1. сестринское обследование (сбор информации о пациенте); 2. сестринская диагностика (определение потребностей); определение целей и планирование ухода; 4. Реализация плана ухода; 5. Оценка и коррекция ухода в случае необходимости. Однако, слушатели курса имеют об этом лишь поверхностные представления. В большинстве случаев работают чисто механически, не задумываясь, по старинке. Кроме того, до 40-50% времени медицинская сестра затрачивают на работу, которая не связана с оказанием помощи пациентам и даже не требует медицинского образования. Нами были выявлены следующие причины:

1. у медицинской сестры нет ясного представления об индивидуальности работы предоставляемой сестринской помощи;
2. нет знаний о том, что сестринская диагностика всегда отражает дефицит самоухода, имеющийся у пациента, и направлен на его размещение и преодоление, о том, что может изменяться ежедневно и даже в течение дня по мере того, как изменяются реакции организма на болезнь;
3. неумение формировать цели и составлять индивидуальный план сестринских вмешательств, руководствоваться стандартами сестринской практики, в которых перечислены мероприятия, обеспечивающие качественную сестринскую помощь по данной сестринской проблеме;
4. медицинская сестра не всегда умеет правильно делегировать свои функции, т.е. часть работы она должна поручать другим лицам – младшему медицинскому персоналу, родственникам, самому пациенту. Хотя, ответственность за качество выполненных мероприятий она принимает на себя;
5. незнание трёх видов (зависимое, независимое взаимозависимое) вмешательств, следовательно, - неумение определять результативность сестринского вмешательства и его коррекции.

При осуществлении сестринского процесса все этапы в обязательном порядке должны регистрироваться в документации. К великому сожалению, медицинская сестра, как и раньше, привыкла выполнять назначения врача, т. е. оказывать пациенту зависимое от врача вмешательство. Но когда обследования сделаны, лечение расписано, начинается работа медицинской сестры.

Только от усилий, терпения, сострадания медицинской сестры, зависит, насколько эффективным будет лечение. Однако, если у сестры нет желания решить хотя бы одну проблему пациента, т.е. реализовать независимое вмешательство, будет ли эффективным результат?

Если она не стремиться выяснить причину в силу отсутствия компетентности, то цель по удовлетворению проблем пациента не

будет достигнута, это значит, что она не умеет анализировать все пять этапов сестринского процесса. Вот почему, преподаватели нашей кафедры большой акцент ставят на качество обучения, в частности, на организацию и управление сестринским процессом, как необходимой части сестринской деятельности, отчего зависитв последующем, - качество работы в амбулаторно-поликлиническом секторе, на уровне ПМСП.

Загруженность медсестёр, следовательно, наступление в более ранние сроки: от 5 до 10 лет «эмоционального и «профессионального выгорания», зависит от многих организационных факторов, независящих от медицинских сестёр:

- несовершенство амбулаторных карт,
- отсутствие достаточной компьютерной грамоты у медицинских сестёр;

- необеспеченность медицинских сестёр компьютерами;
- необеспеченность медицинских сестёр кабинетами в часы после приёма пациентов; Нашей Университетской Клиникой № 2 внедрены вкладыши в амбулаторную карту больных, где медицинская сестра лишь делает отметки, что значительно неумение планировать свою работу (отсутствие знаний по само менеджменту) и др. ускоряет её работу и сокращает загруженность. Было бы хорошо её широкое внедрение в амбулаторно - поликлинический сектор здравоохранения РК.

Компьютерную грамоту медицинских сестёр необходимо заложить в план дальнейшего их обучения. Искать внебюджетные финансовые ресурсы для обеспечения компьютерами средних медработников. Своевременно решать вопросы укомплектованности средним медперсоналом.

Для обеспечения системы здравоохранения квалифицированными медицинскими специалистами среднего звена нового типа, не только помощников врачей, как было прежде, а скорее партнёров, обеспечивающих внешнюю и внутреннюю эффективность системы здравоохранения, в особенности на уровне ПМСП, необходимо учесть требования при переподготовке данного специалиста и оценка соответствия подготовки по следующим параметрам:

- авторитет медицинской сестры, прежде всего, перед населением, врачом, социальным работником и коллегами;
- степень доверия населения к его знаниям и практическим навыкам;
- чувства ответственности специалиста за здоровье не только единичного пациента, но и членов семьи (если это медицинская сестра врача общей практики), женского коллектива (если медицинская сестра кабинета планирования семьи) и т.д., т.е. общества;
- преданность своей профессии и максимальная отдача;
- его профессиональные и личностные качества, что напрямую связаны с управлением качества образования.

Следовательно, качественное образование как: базовое, последипломное, непрерывное, так же материально-техническое обеспечение, развитие наставничества на местах, напрямую зависит с дальнейшим совершенствованием амбулаторно-поликлинического сектора, с поэтапным наращиванием потенциала ПМСП.

Таким образом, от качества обучения зависит в последующем закладка трудовой мотивации медицинских сестёр, а ее развитие и оптимизация происходят в процессе профессиональной деятельности под действием соответствующих условий и социальной среды.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Указ Президента РК «Об утверждении Государственной программы развития образования и науки РК на 2016-2019гг. Астана. 2016г.
2 Бутурина Е., Нестеренок Т. Алгоритмы построения системы обучения и развития //Справочник по управлению персоналом.-2007.-№3. -С.42-47.
3 Комплексный план развития сестринского дела до 2020 года разработанный Министерством здравоохранения и социального развития РК, 15.05.2015.
4 Душенков П.А. Подготовка специалистов в области сестринского дела: оценка качества, пути его повышения/ П.А. Душенков, А.Ю. Бражников, Н.Н. Камынина, и др.;// Медицинская сестра. - 2005. - №2. - С.30-35.
5 Образовательная программа «Программа повышения квалификации на рабочем месте в лечебно-профилактическом учреждении для сестринского персонала». Свидетельство о регистрации объекта интеллектуальной собственности № 05.10. от 29.09.2010г.
6 http://fb.ru/article/178536/attestatsionnaya-rabota-meditsinskih-sester-attestatsiya-medsester-na-vyisshuyu-kategoriyu
7 http://fb.ru/article/178536/attestatsionnaya-rabota-meditsinskih-sester-attestatsiya-medsester-na-vyisshuyu-kategoriyu#image710191

Т.Х. ХАБИЕВА, Б.Ә. ШОКАБАЕВ, А.Г. СЕЙТКУЖАНОВА, Г.К. ЛЕБАЕВА

АМБУЛАТОРЛЫ-ПОЛИКЛИНИКАЛЫҚ СЕКТОРДЫ ЖЕТІЛДІРУ МЕН САПАЛЫ ОҚЫТУ АРАСЫНДАҒЫ БАЙЛАНЫС, ЖӘНЕ АМСК ПОТЕҒНЦИАЛЫН КӨТЕРУ

Түйін: Мақалада сапалы оқытудың бастапқы медициналық-санитариялық көмек (АМСК) әлеуетін жетілдіру жөнінде жүйелі жұмыс жүргізе отырып, кезең-кезеңмен арттыру амбулатория-поликлиникалық сектор өзара байланыс туралы айтылады. Қаласы енгізу қосымша қызметтер көрсеткен: әлеуметтік қызметкерлердің профилактикалық жұмыстың тиімділігін көтеруге және жалпы практика дәрігерлері үшін учаскелік медбике, психологтардың, екінші, үшінші медбике БМСК ұйымдарына медициналық қызмет көрсетудің сапасы үшін дәрігерлердің қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

Медициналық және әлеуметтік қызметкерлерді коммуникатив білім оқыту қажеттігі.

Түйінді сөздер: ІС 2020 жылғы дейін денсаулық сақтау және әлеуметтік даму әлеуетін өрістету амбулатория-поликлиникалық сектор дамуының кешенді жоспарын бикелігі Министрлік әзірлеген қосымша қызмет көрсету сапасын арттыру тиімділігін жетілдіру кезең-кезеңмен бағытталса, лауазымы, профилактикалық жұмыстарды мейірбике ісі БМСК деңгейінде.

T.KH. HABIYEVA, B. A. SHOKABAYEV, A.G. SEYTKUZHANOVA, G. K. LEBAYEVA

INTERRELATION OF HIGH-QUALITY TRAINING WITH IMPROVEMENT OF OUT-PATIENT AND POLYCLINIC SECTOR, WITH STAGE-BY-STAGE CAPACITY-BUILDING OF PMC HELP

Resume: In article it is told about interrelation of high-quality training with carrying out system work on improvement of out-patient and polyclinic sector, stage-by-stage capacity-building of the primary health care (PHC). Introduction to staff of additional positions, as: for district doctors, the third nurses for general practitioners efficiency of scheduled maintenance will allow to provide social workers, psychologists, the second nurses and to increase quality of medical care in the PHC organization.

Keywords: comprehensive plan of development of nurse business till 2020 developed by the Ministry of health and social development improvement of out-patient and polyclinic sector, stage-by-stage capacity-building of PHC, additional positions, efficiency of scheduled maintenance, improvement of quality of medical nursing at the level of PHC