

2021, № 25

## СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

**Лаптева Е.С.**, к.м.н., зав.кафедрой гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

**Подопригора Г.М.**, к.м.н., доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

**Петрова А.И.**, к.м.н., доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

**Цуцунава М.Р.**, BSc, MS, ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова», выпускающий редактор

**Аристидова С.Н.**, зав.уч.ч., ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

Журнал зарегистрирован Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Северо-Западному федеральному округу ПИ № ТУ 78-01371

ISSN 2413-6271

Учредитель:  
АНО «Независимое информационное  
агентство »НИАГара» (г.СПб, с 2004 г.)

Журнал выходит с 2013 г.

Спонсор выпуска –  
ПРОО МР СПб

С 2017 года ЖУРНАЛ ИНДЕКСИРУЕТСЯ В РИНЦе (Российский Индекс Научного Цитирования – Science Index)

Адрес редакции:  
Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47  
Кафедра гериатрии, пропедевтики и  
управления в сестринской деятельности

Оригинал-макет –  
Цуцунава М.Р.

Онлайн версия журнала  
доступна на сайте ПРОО МРСР  
[amspiter.ru](http://amspiter.ru)

На первой полосе – линейные менеджеры- старшие медсестры СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия» **Дмитриева Татьяна Георгиевна** (фото сверху слева), **Мунгалова Анастасия Валерьевна** (фото снизу слева), **Журавлева Екатерина Викторовна** (фото сверху справа), **Беридзе Тамара Алексеевна** (фото снизу справа) и старший медбрат **Каретин Александр Александрович**

ISSN 2413-6271  
2021, № 25

# СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ®

<b>ОТ РЕДАКЦИИ.....</b>	<b>3</b>
<b>УПРАВЛЕНИЕ</b> <i>Цуцунава М.Р., Подопригора Г.М.</i> СТАРШАЯ МЕДСЕСТРА. НОВЫЙ ВЗГЛЯД.....	<b>5</b>
<b>ОПЫТ</b> <i>Михайлова О.Г.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ВАКЦИНАЦИИ ОТ COVID-ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕННЫХ РЕСУРСОВ .....	<b>14</b>
<b>ДИСКУССИЯ</b> МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ СТАЛИ РОДОНАЧАЛЬНИКАМИ ИДЕИ ДОЛЖНОСТИ «МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА КЛИНИЧЕСКАЯ.....	<b>19</b>
<b>ОБУЧЕНИЕ</b> <i>Лаптева Е.С., Канунникова Е.</i> ИНДУКТИВНЫЙ ПОДХОД К ОБУЧЕНИЮ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.....	<b>21</b>
<b>ЛЕКЦИЯ</b> <i>Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.</i> КРИТИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ.....	<b>29</b>
<b>SAPIENTI SAT</b> <i>Цуцунава М.Р.</i> ПО СЛЕДАМ ОДНОГО ВЕБИНАРА.....	<b>34</b>

### *Уважаемый читатель!*

Мы отмечаем небольшой юбилей - у вас в руках 25 выпуск нашего журнала! О чем хотелось бы поговорить в этом выпуске? Как это ни странно, но - о мужчинах, а, точнее, о наших медбратьях.

На одном из занятий со студентами-бакалаврами мы задались вопросом: почему наша профессиональная пресса замалчивает эту тему? Медбратьям не о чем сказать или рассказать? Почему на обложках журналов появляются только женские лица?? У нас нет достойных для этого медбратьев?

Несмотря на то, что «мужчины в женской профессии есть», у нас пока этот вопрос не изучается; в связи с этим мы обратились к зарубежным источникам и получили некоторое представление о том, какова же роль, позиция, проблемы и перспективы мужчин в сестринской профессии.

*Существует историческая связь между мужчинами и профессией медсестры; мужчины служили медбратьями задолго до Флоренс Найтингейл. Тысячелетия назад именно мужчины, служившие в монашеских орденах или в армии, оказывали помощь бедным, больным или раненым, и сообщалось, что первая сестринская школа в мире была открыта еще в 250 году до н. э. в Индии, и в ней обучались только мужчины.*

*Согласно имеющимся данным, женщины и мужчины приходят в сестринскую профессию по одним и тем же причинам, однако пути, ведущие мужчин к уходу за больными, отличаются. В частности, было выявлено пять факторов, играющих значимую роль в процессе принятия решений: формирующий опыт, призвание, целесообразность, личное знакомство с медсестрой и самореализация.<sup>1</sup>*

*Мужчинам, похоже, карьера медбрата хорошо помогает в жизни. Несмотря на их меньшую численность, они, скорее всего, будут зарабатывать больше и с большей готовностью будут продвигаться на руководящие должности. Согласно имеющимся данным, мужчины, проработавшие медбратьями, долгое время доминировали в высших эшелонах управления. Социологи-феминистки выражают тревогу по поводу непропорционально большого числа мужчин на руководящих сестринских должностях и считают, что это может иметь негативные последствия для профессии.*

*Тем не менее, в литературе о медбратьях широко распространено мнение, что они чувствуют себя некомфортно как меньшинство в преимущественно женской профессии и ощущают разрыв между мужской идентичностью и ролью медсестры. Действительно, уход за больными все еще воспринимается во многих кругах*

---

<sup>1</sup> Harding T. Swimming against the male stream: men choosing nursing as a career. Nurs Prac. N Z. 2009 Nov;25(3):4-16. PMID: 20157956.

как "женская работа". Гендерные стереотипы являются одной из причин неудовлетворенности работой, помимо стресса и отсутствия возможностей для полной занятости.<sup>2</sup>

Мужчины по-прежнему составляют лишь небольшой процент от общей численности сестринского персонала во всем мире. Например, в Великобритании и Соединенных Штатах мужчины составляют около 10% сестринского персонала (11% в Великобритании по данным Совета по сестринскому делу и акушерству, 2020 год; 9,6% в Соединенных Штатах по данным Бюро переписи населения США, 2017 год).

Тем не менее, в последние годы растет признание проблемы недостаточной представленности мужчин в сестринском деле и необходимости усилий по ее решению, в том числе в области набора персонала. Рекомендации включают позитивный ребрендинг сестринского дела на государственном уровне, нейтральный с гендерной точки зрения; известные примеры медбратьев, которые служат образцами для подражания на государственном и местном уровнях; работа с предубеждениями.

Необходимы дальнейшие исследования, помогающие, в частности, понять, что такое уход для мужчин, почему студенты-медбратья не приходят в профессию. Если сестринское дело должно реализовать свой истинный потенциал и максимально направить усилия на улучшение здравоохранения, то нам нужно больше мужчин в профессии.<sup>3</sup>

От редакции,

*Цуцунова М.Р.*



29 сентября секция "Социально-медицинское обслуживание на дому" ПРОО "МРСР" провела очередное занятие в школе долговременно ухода "Забота о близких" по теме "Психология общения. Производственные конфликты и пути их разрешения". Занятие провела Лавут Л.М., кандидат биологических наук, доцент кафедры "Герiatrics, пропедевтики и управления в сестринской деятельности" ФГБОУ «СЗ ГМУ им.Мечникова». Присутствовали заведующие отделениями, медицинские сестры, социальные работники. Лекция прошла в интерактивном формате. Участники получили журналы "Сестринское дело", в которых отражены материалы по уходу за подопечными.

<sup>2</sup> Rajacich D, Kane D, Williston C, Cameron S. If they do call you a nurse, it is always a "male nurse": experiences of men in the nursing profession. Nurs Forum. 2013 Jan-Mar;48(1):71-80. doi: 10.1111/nuf.12008. PMID: 23379398.

<sup>3</sup> Thompson DR, Quinn B, Watson R. Getting more men into nursing: An urgent priority (too little, too late). J Nurs Manag. 2020 Oct;28(7):1463-1464. doi: 10.1111/jonm.13021. PMID: 32259324.

## СТАРШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА. НОВЫЙ ВЗГЛЯД

*Цуцунава М.Р., Подопригора Г.М.*  
ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

---

### Аннотация

В статье освещается роль организаторов сестринского ухода, труд которых связан со значительной интеллектуальной нагрузкой и обилием стрессовых ситуаций. Обсуждается проблема дефицита профессиональных кадров, имеющих специальные знания по управлению, а также расширение спектра направлений деятельности старших медсестер лечебных учреждений. При этом именно старшая медсестра должна осуществлять грамотное применение новых технологий ухода за больными и повышение качества медицинских услуг, чему способствуют такие области ее деятельности, как менеджмент, планирование, мотивация и контроль за деятельностью среднего медицинского персонала.

*Ключевые слова:* управление, инновационная деятельность

---

### Abstract

The article highlights the role of the nursing care organizers, whose work is associated with a significant intellectual load and an abundance of the stressful situations. However, it is a senior nurse that should carry out the competent application of the nursing new technologies and improve the quality of medical care, which is facilitated by such directions of her activity as management, planning, motivation and control over the nursing personnel activities. The problem of the professional personnel with special knowledge in management shortage, as well as expansion of the activities range of the senior nurses is discussed.

*Keywords:* management, innovation activity

---

Важную роль в организации сестринского ухода в лечебном учреждении играют управленцы среднего звена – линейные менеджеры сестринского дела, а именно старшие медицинские сестры отделений. Основная цель деятельности старшей медсестры: максимально эффективное использование профессионального и личностного потенциала среднего и младшего медицинского персонала отделения для решения главной задачи медицинского учреждения – обеспечения качественной медицинской помощи пациентам.

Труд старшей медицинской сестры связан со значительной интеллектуальной нагрузкой и обилием стрессовых ситуаций, требует сохранения большого объема информации в памяти, физических сил и выносливости, содержит элементы творчества, обязывает к высокой ответственности и повышенной самодисциплине. На их плечи ложатся чрезвычайно сложные и ответственные задачи организации совместной деятельности сестринского персонала в конкретном специализированном участке оказания медицинских услуг. [10]

По результатам опросника, предложенный Е.В.Комаровым, был выстроен приоритетный список исполняемых работ старшими сестрами. На первом месте работа организатора

(89,4%), второе место занимает работа экономиста-бухгалтера (73%), психолога (регулятор конфликтов) (50%), работа инноватора (32%), работа кладовщика (завскладом) (84%), работа грузчика (разнорабочего) (44%), работа рядовой медицинской сестры (12%). [8]

Сегодня для российского здравоохранения характерно формирование нового взгляда на старшую медицинскую сестру. И, прежде всего, это связано с расширением спектра направлений деятельности старшей медицинской сестры, одним из которых является инновационная. чему способствуют такие области ее деятельности, как менеджмент, планирование, мотивация и контроль за деятельностью среднего медицинского персонала. Эти обстоятельства обозначили актуальную проблему, стоящую не только перед всем сестринским делом, но и перед системой здравоохранения в целом – недостаток профессиональных кадров, имеющих специальные знания по управлению. [2]

Трудности поджидают старшую медицинскую сестру уже при вступлении в должность. Среди них - недостаточный уровень практических навыков планирования (73%), анализа (63%), контроля (60%), недостаточный объем теоретических знаний по делопроизводству (67%), кадровой работе (66%), санэпидрежиму (33%), трудности в общении с коллегами (37%). [2] Большинство (63%) респондентов отметили, что некоторые виды работ не соответствуют их знаниям и умениям.

Результаты анкетирования показали, что 44,3% респондентов не удовлетворены полной получением информации, 10% – не могут найти интересующую их информацию. В процессе исследования выявлена недостаточная удовлетворенность респондентов существующей системой информационного обеспечения (76%) и трудности в получении информации. Практически по всем разделам отмечается достаточно высокая степень востребованности, в основном специалистов интересует информация по кадровой работе, санэпидрежиму, по бухгалтерскому учету, по контролю и учету медикаментов и расходного материала, медицинской техники, охране труда.

В современных условиях руководитель должен эффективно управлять своим временем, однако большая половина респондентов отметила дефицит времени у старших медицинских сестер (73%). Как показало исследование Сизовой Л.А., только 44,4% медицинских сестер успевают в рабочее время выполнить свои функциональные обязанности.

При оценке организации работы сестринской службы в учреждениях 24,9% (124) сестринского персонала отметили, что работа организована на высоком уровне. [10] При этом некоторые исследования показали, что в работе старших медицинских сестер в целом прослеживается положительная динамика. [8] На фоне выше обозначенных проблем именно старшая медсестра должна осуществлять грамотное применение новых технологий ухода за больными и повышение качества медицинских услуг.

*Во всем мире инновационная деятельность в сестринском деле рассматривается как основа ежедневной практики*, направленная на повышение качества ухода за пациентами и снижение стоимости услуг системы здравоохранения. В сфере сестринской деятельности основными направлениями инновационного процесса являются:

- разработка и внедрение системы управления качеством сестринской помощи;
- внедрение новых сестринских технологий в уход за больными;
- современное оснащение рабочих мест;
- разработка и внедрение стандартов качества оказания сестринской помощи;
- повышение культуры обслуживания пациентов средним медицинским персоналом;
- научно-исследовательская работа в сфере сестринской деятельности;
- подготовка профессионального кадрового состава для МО;



- создание условий для повышения профессионального уровня медсестер. [6]

Среди новых технологий, внедренных в работу среднего медицинского персонала профильных отделений, отмечены прежде всего новые средства по уходу за больными (противопрележневые матрасы, зондовое питание, средства для первичной обработки ран). Далее по частоте применения следуют персональные компьютеры и автоматизированное рабочее место медсестры.

Многие медицинские сестры дали высокую оценку новым системам для забора крови и катетеризации периферических вен, внедренным в практику в медицинских организациях. Это стерильные одноразовые иглы и пробирки (вакутейнер), особенности конструкции которых не позволяют использовать их повторно, а также обеспечивают минимальный уровень травмоопасности. К числу новых технологий отнесено использование различной медицинской аппаратуры (кардиомонитор, дефибриллятор и др.).

В другом исследовании из видов инноваций, внедренных в отделениях, 92% респондентов отметили компьютеризацию рабочего места, 82% – персонифицированный учет затрачиваемых лекарственных средств; 10% указали систему QMS (электронная история болезни) и всего 2% опрошенных отметили отсутствие инноваций в отделении. Что касается внедрения новых сестринских технологий ухода за больными, то 60% респондентов отметили сестринский процесс, 20% – периоперативный процесс, 14% – метод клинического пути. [7]

Старшие медсестры поддерживают новые идеи. Однако данные анкетирования показывают, что новые сестринские технологии, хотя и внедряются в работу медсестер, но не в полном объеме в силу специфики организации сестринских услуг в России. При изучении факторов, мотивирующих старших медсестер к внедрению инноваций, были указаны стремление к постоянному совершенствованию и внедрению инноваций (52%), способность и готовность к дополнительному образованию (28%), креативность (12%).

Наибольшее влияние на внедрение инноваций в работу старших медсестер оказывают не только внешние, но и внутренние факторы. Это – личные интересы медсестер, отношения между медсестрами при выполнении манипуляций, характер и содержание труда медсестер, мотивационные мероприятия. [7]

Основной эффект применения современных сестринских технологий, по мнению медсестер, состоит прежде всего в сокращении затрат рабочего времени на вспомогательные виды деятельности, что обеспечивает повышение производительности труда и качества медицинской помощи. Немаловажное значение имеет и снижение трудоемкости выполняемых мероприятий, сокращение затрат времени на оформление медицинской документации, экономия расходных материалов [1].

Ниже представлен краткий обзор инноваций, внедренных в сестринскую практику в регионах страны за период с 2010 по 2020 годы.

### **ВНЕДРЕНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО РАБОЧЕГО МЕСТА СТАРШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

Документация, с которой имеют дело старшие медицинские сестры, объемна и разнообразна. Освобождение специалистов от "ручного" сбора, формирования и оценки информации – важный аргумент в пользу перехода к автоматизированному рабочему месту. Использование медицинских информационных систем в работе позволит старшей медицинской сестре более эффективно управлять своим временем; избегать ошибок и минимизировать влияние «человеческого фактора»; оптимизировать распределение и получение материальных ресурсов с учетом реально складывающихся потребностей, а также контролировать расходование бюджетных, страховых средств и средств от предпринимательской деятельности при формировании заявки на закупку лекарственных средств, расходного материала и изделий медицинского назначения и их выдачи.

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

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

Выделены еще несколько основных функций АРМ:

1. Ведение медицинской документации.
2. Планирование профилактических эпидемиологических мероприятий (вакцинации, иммунизации) и контроль их выполнения в установленные сроки.
3. Планирование медицинских осмотров.
4. Обработка данных и ведение электронного документооборота при проведении лабораторных и инструментальных исследований производственного контроля.
5. Медико-статистическая обработка данных.
6. Доступ к информационным ресурсам и дистанционный обмен данными.

### **НОВЫЕ МЕТОДЫ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Для улучшения качества оказываемой медицинской помощи разработаны и внедрены в практику 8 пилотных проектов: секретарь коечного отделения; «универсальная» медицинская сестра; резерв «универсальных» медсестёр; внутренняя транспортная служба; центральная диспетчерская служба; социальная служба; клининг; стажировка врачей и медсестёр. Большую часть рабочего времени врача занимает оформление медицинской документации, чаще всего из-за нехватки времени она оформляется некачественно и малоинформативно. На медсестру-секретаря могут быть возложены: оформление и печатание выписного эпикриза, протоколов операций, санитарно-курортных карт, справок, актов, доставка историй болезни в кабинет выписки больничных листов, сбор подписей и печатей, передача пакета выписных документов пациенту.

Качество сестринского ухода и выполнения плана лечебных мероприятий можно повысить, закрепив за каждой медсестрой 10-15 пациентов, с которыми она будет работать с момента поступления до выписки. На 55 коек в смену работают 6 человек: медсестра-координатор, 4 «универсальные» медсестры и старшая медсестра. На случай экстренной ситуации или дефицита кадров на базе отделения реанимации и интенсивной терапии создается резерв «универсальных» медицинских сестёр для работы в любое время и в любом профильном отделении. При направлении «универсальной» медицинской сестры в профильные отделения, она функционально подчиняется старшей медицинской сестре профильного отделения. Увезти, привезти, сопровождать пациента в операционную, на диагностику, физиотерапевтическую процедуру может внутренняя транспортная служба больницы, куда входят санитарки, освобождённые от ухода за больными и уборки помещений, студенты учебных заведений. По должностным обязанностям они подчиняются старшему диспетчеру. [4]

### **ФУНКЦИОНАЛЬНО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ РАБОТЫ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА В УСЛОВИЯХ ИННОВАЦИЙ**

В новых условиях работы урологического отделения в структуре сестринского персонала была выделена и наделена новыми функциональными обязанностями медицинская



сестра с высшим сестринским образованием – «старшая медицинская сестра в условиях инновации», которая является промежуточным звеном между врачами отделения, средним медицинским персоналом и больным и являлась управленческим звеном в работе среднего медицинского персонала.



В процессе организационного эксперимента были разработаны функциональные обязанности старшей МС, работающей в условиях инноваций (схема 1) и апробирован алгоритм сестринского персонала в урологическом отделении стационара. В условиях эксперимента разработана и внедрена сестринская документация «Карта сестринского патронажа».

Организация сестринского процесса в условиях эксперимента больным с ДГПЖ включала 3 основных блока мероприятий и этапов работы старшей медицинской сестры нового структурного подразделения урологического отделения:

1. Блок организационно-диагностических мероприятий. Включает: сбор информации о пациенте. В сборе информации о пациенте: установление проблем пациента, планирование сестринской помощи.
2. Блок лечебно-профилактических мероприятий включает: разработку и реализацию плана сестринского патронажа.
3. Блок оценка эффективности сестринского процесса.

Применяя технологию сестринского процесса, 96,7% медицинских сестер стали лучше знать и понимать особенности физического, психологического и социального благополучия своих больных, а 100% медицинских сестер отметили профессиональную удовлетворенность работой в новых условиях.

Все опрошенные врачи указали, что информация, предоставляется им медицинской сестрой, дает более полное представление о состоянии больного. Ведение «Карты сестринского патронажа», дают возможность оценить качество и эффективность назначенного лечения, при этом сокращают объем письменной работы врача, что дает возможность врачу больше внимания уделить больному. Все врачи считали целесообразным и эффективным внедрение новых технологий сестринского процесса в работе отделения. [8]

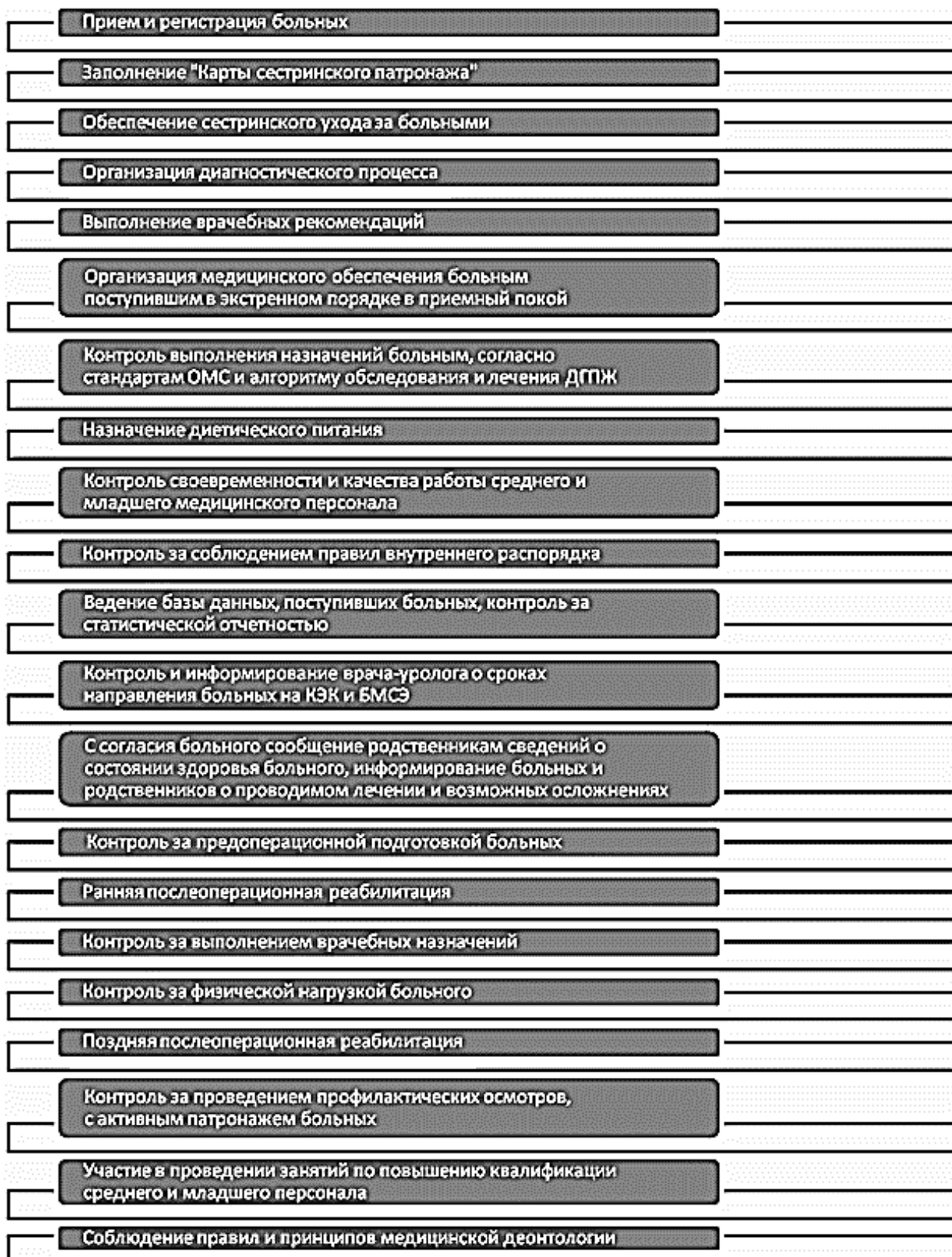


Схема 1. Функциональные обязанности старшей медицинской сестры в условиях инновационного режима работы

## **ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИЁМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

Перепланировка приёмного отделения и выделение однородных потоков позволило улучшить логику движения пациентов, уменьшить очереди в регистратуры и кабинеты врачей, сделать процесс госпитализации более комфортным. Координированное взаимодействие между приёмным и профильными отделениями в виде работы в общем электронном пространстве с функцией записи пациентов позволило оптимизировать осуществление приёма каждый день, давая возможность персоналу приёмного отделения планировать работу в зависимости от количества и профиля поступающих пациентов.

Оснащение всех кабинетов необходимым оборудованием и замена бумажного документооборота на электронный, а также использование F. A. Q. ответов на наиболее часто задаваемые вопросы пациентов позволило значительно упростить и ускорить работу персонала приёмного отделения. После введения в работу всех изменений и проведения повторного хронометража общая длительность процесса госпитализации сократилась более, чем на 60 минут. По данным опроса пациентов процесс госпитализации стал более прост и интуитивно понятен. [11]

## **ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СЕМИНАРОВ-ТРЕНИНГОВ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА, УЧАСТВУЮЩИХ В ИННОВАЦИОННОМ РАЗВИТИИ**

Потребность специалистов сестринского дела в знаниях и практических навыках была определена администрацией медицинской организации в процессе пересмотра и расширения их функциональных обязанностей и создания новых моделей сестринской деятельности. Первые шаги по развитию специалистов сестринского дела были предприняты в 2013 году и направлены на проведение семинаров по психологии общения, психологии управления и психологии взаимодействия.

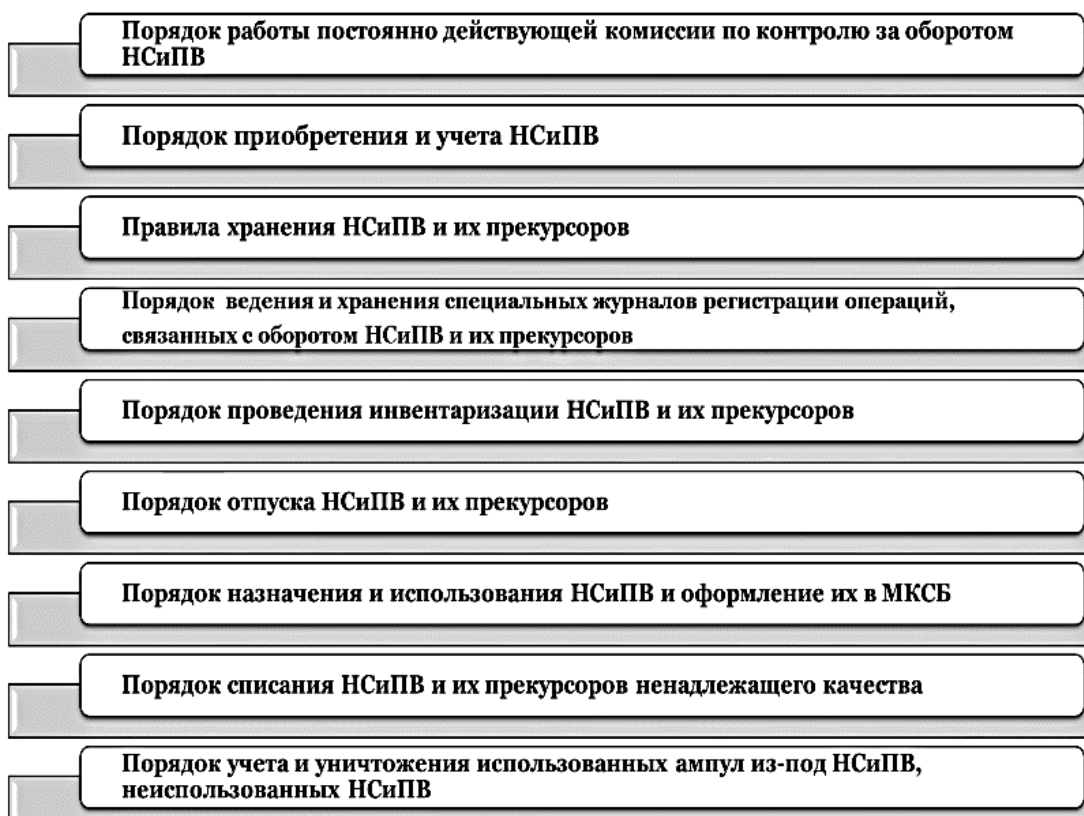
Данные семинары сыграли роль «адаптационной подушки», которая позволила администрации Центра настроить и подготовить сестринский персонал к участию в планируемых инновационных мероприятиях. Занятия проводились с сестринским персоналом в условиях медицинской организации, после рабочей смены, совместно специалистами-психологами Центра и специалистами кафедры общей и когнитивной психологии Астраханского государственного университета. Результатом семинарских занятий стало приобретение сестринским персоналом практических навыков по эффективному общению в рамках профессиональной деятельности, принятию решений, аргументированному отстаиванию своей точки зрения в корректной форме, использованию приемов саморегуляции поведения и применению стратегии поведения в конфликтных ситуациях. [3]

## **ЦЕНТРАЛИЗОВАННЫЙ КАБИНЕТ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ НАДЛЕЖАЩЕГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НАРКОТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ И ПСИХОТРОПНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ УРОВНЕ**

В процессе изучения организационной структуры лекарственного обеспечения НСиПВ выявлены проблемы, которые требуют незамедлительного решения, это: большое количество помещений, которые нужно не только технически укрепить, оснастить, но и обеспечить своевременное снабжение НСиПВ с определенным запасом (в зависимости от категории помещения); излишний документальный оборот, который требует большого количества специалистов с допуском к обороту НСиПВ (оплата за обучение, временной фактор, нехватка рабочего времени у старших медицинских сестер и материально-ответственных лиц отделения), в последствие чего выявляются ошибки при ведении учета и отчетности; увеличение времени доставки НСиПВ в отделения для оказания качественной и своевременной медицинской помощи (обезболивание, премедикация, наркоз, паллиативная помощь) по цепочке «провизор-старшая медицинская сестра-врач-пациент».

Медицинские организации, в которых имеется большой запас строго контролируемых НСиПВ, нуждаются в надлежащей организации системы управления службой централизованного обезболивания. Централизованный кабинет обезболивания медицинской организации — это помещение с круглосуточным режимом работы для надлежащего организованного хранения, своевременного отпуска, рационального использования НСиПВ в медицинских целях. ЦКО, в штате которого находится руководитель ЦКО-старшая медицинская сестра, позволит своевременно организовать медицинскую помощь в круглосуточном режиме (плановая и экстренная форма), повысит ориентированность к пациенту учреждения здравоохранения в процессе лечения и профилактики всех видов боли и болезненных ощущений. [5]

Структура Приказа «Об утверждении Инструкции «О порядке приобретения, хранения, учета, отпуска, реализации, использования, уничтожения, назначения наркотических средств, психотропных веществ, внесенных в список II, психотропных веществ, внесенных в список III и их прекурсоров»



Источник: Кныш О. И., Мельникова В. В., Каракозов С.В. Проектирование и внедрение централизованного кабинета обезболивания в медицинской организации для надлежащего обеспечения пациентов наркотическими средствами и психотропными веществами на госпитальном уровне (на примере ГБУЗ ТО «ОКБ №2») // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2021.

### Список использованной литературы

1. Голева О. П., Федорова Г.В. и соавт. Мотивирующие факторы в повышении качества сестринской помощи // Здравоохранение РФ. 2015. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/motiviruyuschie-factory-v-povyshenii-kachestva-sestrinskoy-pomoschi> (дата обращения: 06.08.2021)



2. Демина Э. А. Профессиональное развитие старших медицинских сестер // Известия Самарского научного центра РАН. 2014. №5-4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/professionalnoe-razvitiie-starshih-meditsinskih-sester> (дата обращения: 06.08.2021).
3. Карасева Л.А., Екимова Н.А. Развитие сестринского персонала на рабочем месте в процессе внедрения инновационных видов деятельности // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики, 2020 г. № 1. С. 152-160
4. Каримова Р. Б., Хайруллин И. И. Новые методы организации труда медицинских работников, как средство повышения качества медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2012. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/novye-metody-organizatsii-truda-meditsinskih-rabotnikov-kak-sredstvo-povysheniya-kachestva-meditsinskoj-pomoschi> (дата обращения: 14.08.2021).
5. Кныш О. И., Мельникова В. В., Каракозов С.В. Проектирование и внедрение централизованного кабинета обезболивания в медицинской организации для надлежащего обеспечения пациентов наркотическими средствами и психотропными веществами на госпитальном уровне (на примере ГБУЗ ТО «ОКБ №2») // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2021. №1.
6. Мудрова Л.А., Зорина Е.В., Турчина Ж.Е., С.Л. Нефедова С.Л. Инновационная деятельность в работе старших медсестер краевой больницы // Медицинская сестра. 2017. - № 3. – С. 5-6
7. Мудрова Л.А., Зорина Е.В. и соавт. Инновационная деятельность в работе старших медсестер краевой больницы // Медицинская сестра. 2017. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/innovatsionnaya-deyatelnost-v-rabote-starshih-medsester-kraevoy-bolnitsy> (дата обращения: 06.08.2021).
8. Романовская С.В., Походенько И.В. и др. О проблемах в работе старших медицинских сестер медицинских организаций Кировской области в динамике за 5-летний период // Вятский медицинский вестник. 2020. №1 (65). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-problemah-v-rabote-starshih-meditsinskih-sester-meditsinskih-organizatsiy-kirovskoy-oblasti-v-dinamike-za-5-letniy-period> (дата обращения: 06.08.2021).
9. Севрюков Ф. А., Малинина О. Ю. Новые организационные технологии оказания медицинской помощи больным с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Социальные аспекты здоровья населения. 2012. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/novye-organizatsionnye-tehnologii-okazaniya-meditsinskoj-pomoschi-bolnym-s-dobrokachestvennoy-giperplaziey-predstatelnoy-zhelezy> (дата обращения: 14.08.2021).
10. Сизова Л.А. Психологические критерии отбора кадрового резерва менеджеров сестринского дела // Инновационная медицина Кубани. 2017. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-kriterii-otbora-kadrovogo-rezerva-menedzherov-sestrinskogo-dela> (дата обращения: 06.08.2021).
11. Стилиди И.С., Дорошев И.А. и соавт. Оптимизация работы приёмного отделения в условиях работы национального исследовательского онкологического центра с применением бережливых технологий // Менеджер здравоохранения. 2019. №7. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/optimizatsiya-raboty-priyomnogo-otdeleniya-v-usloviyah-raboty-natsionalnogo-issledovatel'skogo-onkologicheskogo-tsentra-s> (дата обращения: 14.08.2021).

## ПРОО МРСР - ПРОВАЙДЕР ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ



**ЗА ПЕРИОД С МАРТА ПО СЕНТЯБРЬ 2021 Г. В АККРЕДИТОВАННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ ПРИНЯЛО УЧАСТИЕ 780 ЧЛЕНОВ ОРГАНИЗАЦИИ**

**ОФИЦИАЛЬНЫЙ САЙТ ПРОО МРСР : [AMSPITER.RU](http://AMSPITER.RU)**

## ОРГАНИЗАЦИЯ ВАКЦИНАЦИИ ОТ COVID-ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕННЫХ РЕСУРСОВ

*Михайлова О.Г.,  
старшая медсестра  
ПО № 10 СПб ГП № 117*



В декабре 2020 года сразу после включения поликлинического отделения № 10 городской поликлиники № 17 в пилотный проект «Вакцинация. Создание образцового пункта» под руководством главного врача А.В. Романова был организован оперативный штаб сотрудников, в задачи которого входило подготовить в короткие сроки рабочие места, создать алгоритмы всех этапов работы и разработать маршрутизацию вакцинации пациентов. Оперативным штабом определены основные проблемы и пути их решения:

1. **Проблема:** *дефицит времени на материально-техническую подготовку* (на закупку дополнительных расходных материалов и оборудования)

**Решение:** проведен аудит имеющихся ресурсов поликлинического отделения, в результате чего были полностью оснащены: прививочный кабинет, кабинеты приема врача, помещение ожидания вакцинации и помещение отдыха после вакцинации в непосредственной близости от кабинета вакцинации. Кабинеты оснащены всеми необходимыми расходными материалами, медицинским оборудованием и оргтехникой (пульсоксиметрами, манипуляционными столиками, компьютерами, бесконтактными термометрами). Созданы изолированные комфортные зоны ожидания с соблюдением санитарных норм - дистанция не менее 1,5 метров между посетителями. Во всех помещениях имеются бактерицидные облучатели закрытого типа достаточной циркуляции.

2. **Проблема:** *необходимость соблюдения «холодовой цепи» при особо низких температурах* (морозильные камеры, термоиндикаторы, хладоэлементы красного цвета в достаточном количестве, термосумки достаточного объема)

**Решение:** закуплены фармацевтические морозильные камеры типа «ПОЗИС» достаточного объема для обеспечения правильного хранения вакцины, используем имеющиеся термоиндикаторы ЛОГ ТЕГ ТРИКС-8 с интерфейсом и спиртовые термометры на каждую полку.

3. **Значительная проблема:** *для обеспечения бесперебойной работы необходимость привлечь к вакцинации дополнительных сотрудников с достаточной профессиональной компетенцией в проведении массовой иммунизации* (администраторов, медицинских сестер, врачей) для работы в выходные и праздничные дни, а также при необходимости в мобильных пунктах и на дому.

**Решение:** весь средний медицинский персонал, имеющий сертификат «сестринское дело», прошел дополнительное дистанционное обучение по вакцинации взрослого населения от COVID-19. Привлечены



к работе сотрудники всего коллектива поликлинического отделения. Всего из штата ГП №17 в два этапа проучено 72 медицинских сестры по циклу: «Современные аспекты иммунизации взрослого населения».

На основе рекомендаций Минздрава РФ и требований Роспотребнадзора разработан и утвержден главным врачом пакет СОПов для работы на всех этапах с вакциной «Гам-Ковид-Вак». С учетом требований контролирующих органов и Методических рекомендаций Минздрава РФ сформулированы и соблюдены критерии оценки к организации «образцового» пункта вакцинации.

### **КРИТЕРИИ ОРГАНИЗАЦИИ «ОБРАЗЦОВОГО» ПУНКТА ВАКЦИНАЦИИ**

#### 1. Организация работы медицинского персонала

- Распределение операций между персоналом стандартизировано на основе матриц расстановки, предложенных в Методических рекомендациях;
- Распорядок рабочего дня, подготовительно-заключительные операции, операции по дезинфекции и уборки помещений стандартизованы в соответствии с Методическими рекомендациями;
- "Полезное" время врача и медицинской сестры используются максимально эффективно;
- На рабочих местах присутствуют памятки по организации процесса вакцинации, технологическим процессам, в том числе уборке помещений;
- Обеспечивается эргономичное рабочее пространство, исключающее лишние движения и перемещения;
- Минимизированы риски допущения ошибок по причине «человеческого фактора»

#### 2. Организация обращения и хранения вакцины

- Соблюдается принцип "ФИФО" (первой используется серия вакцины, поступившая раньше и имеющая меньший срок хранения);
- Способ хранения вакцины не допускает перепутывания серий, компонентов и наименований;
- Выделены и соответственно промаркированы манипуляционные столики под разные компоненты вакцины;
- Контролируется 2-х часовой интервал с момента начала размораживания вакцины (в случае использования ГамКовид-Вак);
- При перемещении вакцины из термоконтейнера в морозильную камеру время нахождения вакцины при комнатной температуре минимизировано;
- Организован процесс списания и утилизации флаконов и ампул с неостребованными дозами вакцины согласно требованиям Роспотребнадзора и Методических указаний;
- С поступлением вакцин ЭпиВак и КовиВак внесены дополнения и примечания в имеющиеся СОПы.

#### 3. Организация потока пациентов

## **НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **ПАНДЕМИЯ И ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР**

Пандемия COVID-19 повлияла на психологическое здоровье медсестер. Многие медсестры сталкивались с психическими осложнениями, связанными с карантином, такими как психологический стресс и страх. Серьезность пандемии COVID-19 вызывает дальнейшие проблемы с психическим здоровьем среди медсестер. Постоянный стресс, с которым сталкиваются медсестры, может спровоцировать симптомы посттравматического стресса, небрежное предоставление услуг, мысли о самоубийстве и самоубийство.

Оценка и сохранение психического здоровья медсестер и медицинских работников в целом необходимы для оптимального контроля заболеваний. Психиатрические вмешательства необходимы для удовлетворения психологических потребностей медсестер, ухаживающих за пациентами с COVID-19. Такие вмешательства предполагают использование электронного обучения и видеоплатформ для обучения медсестер навыкам общения, навыкам ведения дел и тактике решения проблем для решения возможных психологических проблем, которые могут возникнуть в результате ухода за пациентами с COVID-19.

*Источник: Pubmed*

- Организовано планирование визита (запись) на прием пациентов с темпом, соответствующим пропускной способности Пункта вакцинации;
- Помещения регистрации, осмотра, вакцинации пациента и зона ожидания после процедуры расположены в непосредственной близости друг от друга, в отдельном крыле здания;
- Площадь помещения для зоны ожидания после вакцинации обеспечивает одновременное нахождение требуемого количества пациентов с соблюдением требований Роспотребнадзора;
- Обеспечивается разделение потоков пациентов, пришедших на вакцинацию и завершивших ее;
- Применяется визуализация маршрута движения пациента.

#### 4. Организация документооборота

Используются универсальные (единые) бланки анкеты пациента, анкеты осмотра врача, согласия на вакцинацию. Исключено или минимизировано дублирование ввода информации в МИС и на печатный носитель.

- Проводки операций в МДЛП (мониторинг движения лекарственных препаратов) осуществляются своевременно, без нарушений рекомендаций ООО "ЦРПТ";
- Данные о вакцинированных пациентах своевременно и в полном объеме вносятся в ЕГИСЗ (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения)

Разработаны и активно используются чек-листы для контроля и оценки работы персонала по обращению с вакциной; потоку пациентов; документообороту.

Приведен пример организации работы пункта вакцинации с пропускной способностью 18 чел/час, что составляет 216 человек за 12 часов работы.

Интервалы приема: 3 врача по 10 минут на пациента, 2 сестры в прививочном кабинете по 3,5 минуты на пациента.

Утвержден стандарт организации Центра вакцинации.

Общее время, затраченное пациентом на вакцинацию – 45-55 минут, в зависимости от вакцинации или ревакцинации.

Отработаны алгоритмы вакцинации пациентов от COVID-19 компонентами 1 и 2, на примере вакцины ГАМ КОВИД ВАК

К данным временным показателям эффективности работы мы пришли путем проведения хронометража работы сотрудниками Госкорпорации «Росатом», применили реновации, соблюдая санитарно-гигиенические и этические нормы.

Организация всей работы по вакцинации исходила из пропускной способности одного прививочного кабинета и двух медицинских сестер в смену: одна обеспечивает введение вакцины, вторая занимается документооборотом - фиксирует данные в журналах, сертификате, МИС. Исходя из данного параметра подбиралось необходимое количество врачей для обеспечения непрерывного потока пациентов прививочный кабинет.

Минздрав России утвердил порядок проведения периодической аккредитации специалистов в 2021 году. Специалистам здравоохранения, у которых заканчивается до 31 декабря 2021 года или уже истек срок действия сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста, необходимо до конца 2021 года пройти периодическую аккредитацию. О том, как формируется образовательная часть портфолио, читать на портале НМиФО Минздрава РФ

<https://edu.rosminzdrav.ru/news/novosti/news/periodicheskaja-akkreditacija-v-2021-godu-formirovanie-ob/>

фиксация факта вакцинации пациента в ГосРеестре вакцинированных непосредственно после факта вакцинации и электронного проведения по Федеральному регистру – данные мы можем видеть в личном кабинете на сайте «ГосУслуг».

Подвергались улучшению или вообще исключались из работы факторы, не требующие непосредственного проведения в данном кабинете. Например, заполнение паспортной части прививочного сертификата передано администратору; рукописное ведение журналов заменено на электронную программу «1С Вакцинация».

Сейчас заканчивается работа по разработке и внедрению электронной программы приема, учета, списания вакцины и вывода ее с баланса пункта вакцинации в МДЛП. Уже ведется автоматическая

В результате проведенного хронометража проведена перестановка холодильного оборудования, манипуляционных столиков, письменного стола, емкостей для отходов. При проведении временных и трудозатратных замеров работы медицинской сестры прививочного кабинета не изменялись и не оспаривались временные промежутки, затрачиваемые на соблюдение правил асептики и антисептики (время на обработку рук, смену перчаток). При необходимости увеличении потока пациентов предусмотрена возможность открытия второго кабинета вакцинирования с пропускной способностью до 400 пациентов в сутки.

Помещение прививочного кабинета, условно, разделено на «чистую» и «грязную» зоны. В «чистой» зоне вакцина хранится, размораживается, набирается в шприц. В условно «грязной» зоне находится пациент, заполняются документы, ведется работа в электронной программе.

В соответствии с рекомендациями Роспотребнадзора проводится влажная уборка с применением дезинфицирующих средств, выносятся образовавшиеся медицинские отходы. Факт проведения текущей дезинфекции регистрируется в журнале «Текущая уборка».

Обращение с вакциной:

1. При поступлении вакцины проводится сверка сопроводительной документации и поставленного материала (сверяются данные товарной накладной, наименование, номера серии, срок годности, данные прилагаемого аналитического паспорта). Затем, согласно требованиям, предъявляемым к 4 уровню «Соблюдения холодовой цепи», осуществляется фиксация соответствия температурных данных регистратора ЛОГТЕГ (проверяется соблюдение температурного режима на данную вакцину в процессе ее транспортировки к пункту вакцинации). При технической возможности данные распечатываются. Также возможна фиксация на фотоносителе или по электронной почте поставщиком, высылается распечатка карты соблюдения «холодовой цепи» при транспортировке с графиком и идентификацией номера ЛогТега.

## ЗАРУБЕЖНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ

### НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ COVID-19

Отдаленные последствия SARS-CoV-2, вируса, вызывающего COVID-19, для тех, кто выздоравливает после острой респираторной фазы COVID-19, неизвестны. Чуть более трети пациентов с COVID-19 в Ухане имели неврологические симптомы, отмеченные в анамнезе, при этом anosmia и agnosia были признаны ранними симптомами, не связанными с застоем в слизистой оболочке. Другие коронавирусы являются нейротропными и способны трансинаптически заражать нейроны. Иммуный ответ на инфекцию также может оказывать неблагоприятное воздействие на функции мозга. Возможно, что инфекция или воспаление гомеостатических центров дыхания в стволе головного мозга могут способствовать дыхательному расстройству или недостаточности. В долгосрочной перспективе симптомы паркинсонизма были серьезным поздним осложнением пандемии гриппа 1918-1919 годов, и нервно-психические осложнения могут аналогичным образом возникнуть после инфекции SARS-CoV-2.

До сих пор практически ничего не известно о невропатологии этой инфекции. Однако даже без прямого воздействия на мозг можно ожидать отдаленных последствий для психического здоровья. Психические расстройства и когнитивные нарушения являются распространенными после лечения в отделении интенсивной терапии. Системные последствия инфекции, включая «цитокиновые бури» как часть интенсивной воспалительной или аутоиммунной реакции, в сочетании со смертельной угрозой болезни, представляют собой серьезные биологические и психологические стрессы. Вполне вероятно, что могут наблюдаться посттравматические стрессовые реакции, стойкая усталость, депрессия или физические симптомы неясной этиологии как хроническое следствие этого острого сочетания инфекции, беспокойства о здоровье и повышенного стресса.

Источник: Pubmed

2. Упаковки вакцин сканируются и вводятся в систему МДПП через сканер «честный знак». Отсканированные упаковки помещаются в морозильную или холодильную камеру.
3. На основании разработанного СОП полученная партия вакцины маркируется цветом и ставится на приход, материально-ответственное лицо проводит цветовое кодирование полученной партии вакцины (стиком) с разделением по компонентам (V1 и V2). Цветовая маркировка партии вакцины производится для исключения ошибки при хранении и выборе необходимого компонента (V1 или V2).
4. Для исключения ошибок маркировка на месте хранения производится следующим образом:

- компонент V1 маркируется одной полоской присвоенного цветного стика,
- компонент V2 маркируется двумя полосками.

Таким образом, в соответствии с системой ФИФО, каждая партия вакцины имеет свою цветовую индикацию от момента постановки на приход до фактического использования. Первой используется серия вакцины, поступившая раньше и имеющая меньший срок годности.

5. Контроль маркировки выполняется на следующих этапах:

- в приходной документации
- в стеллажной карте
- в журнале учёта ИЛП
- при выводе вакцины в системе МДПП

6. Хранение компонентов вакцины (V1 и V2) осуществляется в разных морозильных камерах, разные серии - на разных полках со своими стеллажными картами. Для исключения ошибок постановки нужного компонента вакцины при одновременном вакцинировании и ревакцинировании используются два различных манипуляционных столика с соответствующей маркировкой под COVID вакцину и ее компонент.

7. Для контроля времени размораживания и хранения вскрытого флакона используется медицинский таймер.

8. Особое внимание уделено выбору шприцев и игл. Шприц должен иметь чёткую шкалу градации 0,5мл и обеспечен двумя иглами (для набора дозы из флакона и внутримышечного введения).

9. Сбор и утилизация медицинских отходов осуществляется в соответствии с санитарными правилами и рекомендациями Роспотребнадзора.

10. Данные о факте проведенной вакцинации заносятся в журнал учёта профилактических прививок, листы адаптированы под пятерых пациентов из-за пятидозовой упаковки вакцины. К каждому листу журнала профилактических прививок крепятся QR и штрих код от использованной упаковки для дальнейшего введения данных в Федеральный регистр вакцинированных и вывода вакцины через систему «Честный знак».

11. Данные о проведенной вакцинации или ревакцинации заносятся в прививочный сертификат пациента.

В случае, если остаются невостребованными дозы в пятидозовом флаконе, а также при необходимости списания вакцины в однодозовых ампулах, в соответствии с Методическими указаниями № 3.3.2.1761-03 «Порядок уничтожения непригодных к использованию вакцин и анатоксинов» составляется акт на уничтожение медицинских иммунологических препаратов в соответствии с рекомендованным приложением №3. Этот акт составляется в случаях разлива вакцины, разрушения ампулы, неявки пациентов, при условии соблюдения временного периода действия размороженной вакцины ГАМ КОВИД ВАК.

Во избежание образования невостребованных доз во флаконах, рекомендуем использование пятидозовых флаконов в начале смены. К концу смены считаем целесообразным использовать однодозовые ампулы.

При необходимости вывода вакцины в «карантинную зону» на основании приказа главного врача о выводе партии из обращения производится запись в Журнале регистрации перемещения лекарственных препаратов в «карантинную зону хранения», куда вносятся данные вакцины и номер приказа. Вакцина изолируется с соблюдением температурных требований, маркируется стеллажная карта. Партия возвращается в оборот или передается на экспертизу контролирующим органам на основании приказа главного врача (который составляется на основании заключения иммунологической комиссии или постановления надзорных органов).

## МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ СТАЛИ РОДОНАЧАЛЬНИКАМИ ИДЕИ ДОЛЖНОСТИ «МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА КЛИНИЧЕСКАЯ»

**Не первый год сестринское сообщество озабочено проблемой кадрового дефицита в профессии и поиском путей ее решения. Медицинские организации Астраханской области стали родоначальником идеи должности «медицинская сестра клиническая», что, по их мнению, может повысить привлекательность профессии для мотивированных абитуриентов и в целом улучшить кадровую ситуацию в сестринском деле. В журнале «Здоровье мегаполиса» (2021 № 2(1)) опубликованы результаты исследования (анкетного опроса) с участием столичных медицинских сестер и врачей, высказавших свое мнение относительно предлагаемого новшества. В данной статье предлагается небольшой обзор полученных результатов.**

Деление сестринского персонала на процедурных, постовых и перевязочных, давно закрепившееся в системе медицинских должностей, диктует выполнение узкоспециализированных манипуляций. Однако в последние годы появилась тенденция к обобщению трудовых функций и укрупнению сестринских специализаций. Сегодня все чаще говорят о создании должности «медицинская сестра клиническая», которой планируют передать функции сразу трех должностей: медицинских сестер палатной, процедурной и перевязочной. В качестве показателей эффективности данной модели отмечают: рациональная расстановка кадров, перераспределение функций, планирование работы, снижение непроизводительных затрат рабочего времени.

«Универсальная медицинская сестра решает проблемы пациента физического и психологического характера; обеспечивает инфекционную безопасность, осуществляя уход за пациентом и выполняя весь объем медицинской помощи, и несет за это персональную ответственность; оказывает психофизиологическую помощь не только пациенту, но и его родственникам; при возникновении чрезвычайной ситуации или неотложного состояния оказывает медицинскую помощь в рамках своей компетенции; становится настоящим партнером лечащего врача, чаще с ним взаимодействует, делится информацией о пациенте».

Однако, как показало исследование, поддерживает эту идею только 28,4 % столичных медицинских сестер и 46,5 % столичных врачей, в то время как выступает в той или иной степени против нее более половины медицинских сестер (60,5 %) и около половины врачей (48,9 %). Ниже приведены некоторые примеры аргументов, выдвинутых медицинскими сестрами против новшества.

*«В каждой сфере должна быть отдельная медицинская сестра, ваше желание – скинуть все обязанности на одного человека, который будет вынужден работать за троих, а вы – набивать карманы. Возмутительно!»; «А еще за санитаря горшок вынести, а за врача лечение назначить»; «Согласно своей занимаемой должности медицинская сестра едва успевает сделать назначения, уделить внимание каждому пациенту, написать бумажки (которых вагон) и не обозлиться из-за нагрузки. Каждая медицинская сестра должна заниматься узким профилем, чтобы качество было на высоте. И, между прочим, сейчас медицинская сестра зачастую выполняет не только свои обязанности, на медицинских сестер сваливают как можно больше обязанностей».*

*«Каждый должен выполнять свою работу, обязанности палатной и процедурной и так уже объединены, а перевязкой все-таки должна заниматься отдельная медицинская сестра»; «Лучше делать что-то одно хорошо, чем много и плохо»; «Много обязанностей не улучшает качество медицинской помощи»; «Считаю, что чем уже область работы, тем человек в ней эффективнее. Учитывая объем этих работ»; «Универсальный солдат – это не про больницу»; «Перевязочная и процедурная –*



*это отдельные кабинеты, в которых нужна «хозяйка»! Нужно реально вникнуть в работу перевязочной сестры! Некоторые медицинские сестры не переносят открытые раны и гной, но прекрасно справляются с венами. Или наоборот»; «Каждая из этих должностей имеет свой сертификат»; «Каждая медицинская сестра должна заниматься своим делом: либо следит за палатами, либо перевязками занимается и т. п. Иначе она не сможет качественно выполнять свои функции».*

*«Там, где раньше работало 4 сестры, теперь работает одна за ту же зарплату. Вы хотите еще увеличить на нее нагрузку?»; «Большой функционал для одного человека»; «В условиях стационара постовой сестре будет сложно совмещать одновременно все эти должности и качественно выполнять свою работу»; «Все эти должности достаточно объемные по своему функционалу»; «Как медицинская сестра должна умудриться успеть и в перевязочной, и в процедурной, да еще и в палате уход за больными?»; «Один человек не справится с таким уровнем сложности. Каждый должен заниматься чем-то одним, но при этом уметь все вышеперечисленное, чтобы помочь при необходимости»; «Такая медицинская сестра не сможет выполнить все обязанности. Работы много. Здесь надо 3 медицинских сестры (и перевязочная, и палатная, и процедурная)»; «Слишком большая нагрузка на средний медперсонал, невозможно адекватно распределить рабочее время при данном потоке больных. Дефицит персонала и несправедливая оплата труда!»; «Очень большая нагрузка. Нарушение правил САНПиНа по ведению режимных кабинетов».*

Врачи считают, что медицинские сестры должны уметь выполнять все эти функции, на случай экстренной ситуации, но все же разделение по должностям должно быть, иначе чрезмерная нагрузка может повлечь за собой ошибки при оказании медицинской помощи пациентам:

*«Любая медицинская сестра должна обладать знаниями и умениями палатной, процедурной и перевязочной медицинской сестры. Однако в отделении должно быть разделение этих должностей и обязанностей, поскольку это значительно повышает эффективность и результативность лечебного процесса»; «Все эти три позиции объединить в одну будет накладно для одного человека, могут что-то упустить или поспешно сделать»; «Качественно при большой нагрузке выполнить 3 функции в одной нереально»; «Чем больше обязанностей, тем ниже качество выполнения отдельных функций»; «Так хоть какие-то обязанности у них конкретные есть, а так вообще потом концов не найдешь»; «Это колоссальная нагрузка, которая однозначно приведет к ухудшению медпомощи. Кроме того, найти «универсальную» медицинскую сестру гораздо сложнее, что приведет к снижению планки компетентности».*

При каких условиях можно реализовать данное новшество?

*«Совмещение этих обязанностей возможно только при малом количестве больных (не более 5–6 на медицинскую сестру) в отделениях, где пациенты пребывают в удовлетворительном состоянии или в условиях паллиатива, где от медицинской сестры не требуется одинаково высокий уровень профессионализма в различных сферах: работа в процедурной, перевязочной, палате»; «В таком случае нужно будет либо сокращать койки, либо дополнительно нанимать еще персонал, чтобы не было дефицита»; «Для создания должности клинической медицинской сестры нужно уменьшить количество пациентов, приходящихся на одну медицинскую сестру, как минимум. Ввести в штат младших медицинских сестер, а не санитарок»; «Данная идея создания подходит, если у медицинской сестры будет определенное количество пациентов, а не 40 на одну медицинскую сестру»; «Если на медицинскую сестру будет не более 5 пациентов, то это возможно. А при том, что сейчас у медицинской сестры бывает и более 30–40 пациентов, это нереально»; «Если у них снизить нагрузку: одна универсальная медицинская сестра на 1–2 (максимум) палаты»; «Чтобы создавать должность клинической медицинской сестры, нужно пересматривать график работы медицинских сестер в стационаре и убирать суточный график, разбивать его на 3 смены как минимум, потому что чисто физически невозможно сутки совмещать все обязанности, добавлять должность помощника медицинской сестры, чтобы снять с нее обязанности санитарки, уменьшать количество больных на одну медицинскую сестру».*

Данный вопрос открыт для обсуждения.



## ИНДУКТИВНЫЙ ПОДХОД К ОБУЧЕНИЮ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

*Лаптева Е.С., Канунникова Е.*  
ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

### Аннотация

Представлен разбор клинического случая прогрессирующей деменции у пожилого мужчины, рассмотрены методы оценки психоэмоционального статуса пожилого человека, методы оценки функционального статуса пожилого человека и потребности в помощи окружающих, методика оценки статуса питания пожилого человека. Установлены законодательные акты, регламентирующие социальную помощь пожилым с деменцией. Описан сестринский уход.

**Ключевые слова:** деменция, психоэмоциональный статус, социальная помощь, сестринский уход

## AN INDUCTIVE APPROACH TO LEARNING. THE CLINICAL CASE ANALYSIS

*Lapteva E.S., Kanunnikova E.*  
FGBOU VO "North-Western State University named after I. I. Mechnikov"

### Abstract

The analysis of a clinical case of progressive dementia in an elderly man is presented, methods for assessing the psychoemotional status of an elderly person, methods for assessing the functional status of an elderly person and a need for help from others, methods for assessing the nutritional status of an elderly person are considered. Legislative acts regulating social assistance to the elderly with dementia are established. Nursing care is described.

**Keywords:** dementia, psychoemotional status, social assistance, nursing care

*Кирилл Николаевич 88 лет, пенсионер, проживает один в двухкомнатной квартире в Новосибирске. Овдовел 3 года назад, детей нет. Последние 2 года 3 раза в неделю посещал клуб ветеранов.*

*Кирилл Николаевич вышел обнаженным на улицу рядом с детской площадкой, в результате чего обеспокоенные соседи вызвали полицию. Полиция с уговорами попыталась вернуть Кирилла Николаевича домой (адрес сообщили соседи, так как сам он был дезориентирован). Квартира была заперта, поэтому была вызвана бригада МЧС. Кирилл Николаевич начал проявлять агрессию (вербально и физически). В результате полиция вызывала бригаду скорой помощи, и Кирилл Николаевич был доставлен в психиатрическую больницу. Там ему был установлен диагноз прогрессирующая деменция (вероятно болезнь Альцгеймера). Кирилл Николаевич пробыл в больнице около месяца, где ему было подобрано лечение. Из больницы информация о нем была направлена в органы социальной защиты по месту жительства, так как срок госпитализации подходил к концу.*

### После изучения данного случая студенты

Будут знать:

Будут уметь:

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Основные определения гериатрических синдромов (деменция, делирий, недостаточность питания)</li> <li>▪ Особенности психоэмоционального статуса пожилого человека</li> <li>▪ Методы оценки психоэмоционального статуса пожилого человека</li> <li>▪ Методы оценки функционального статуса пожилого человека и потребности в помощи окружающих</li> <li>▪ Методику оценки статуса питания пожилого человека</li> <li>▪ Законодательные акты, регламентирующие социальную помощь пожилым с деменцией</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Давать определения основных понятий (деменция, делирий, недостаточность питания, зависимость от посторонней помощи)</li> <li>▪ Устанавливать схему преемственности при оказании медицинской помощи пожилым людям с диагнозом «прогрессирующая деменция»</li> <li>▪ Определять трудности и проблемы при обеспечении ухода за пациентами с деменцией</li> <li>▪ Использовать шкалы для определения степени зависимости пациентов от посторонней помощи, степени мальнутриции</li> <li>▪ Разрабатывать план ухода за пациентом с деменцией</li> <li>▪ Разрабатывать программы для обучения родственников пациента с деменцией</li> </ul>
--	--

### Определение диагноза пациента

Согласно данным, представленным в описании пациента, можно думать о нескольких нарушениях. Во-первых, это деменция.

Деменция – это синдром, обычно хронический или прогрессирующий, при котором происходит деградация когнитивной функции в большей степени, чем это ожидается при нормальном старении. Диагноз деменции ставится, если у больного имеются нарушения памяти и других высших мозговых функций (мышления, речи, выполнения целенаправленных действий, узнавания и т. д.) которые приводят к нарушению самообслуживания и ограничивают повседневную активность. [10]

По степени социальной адаптации, способности к самообслуживанию и нуждаемости в обслуживании различают 3 степени тяжести деменции:

Ранняя стадия деменции часто остается незамеченной, так как развивается постепенно. Общие симптомы включают: забывчивость; потерю счета времени; нарушение ориентации в знакомой местности. сохраняется способность жить самостоятельно, соблюдать личную гигиену, умственные способности не затронуты.

По мере прогрессирования деменции к средней стадии признаки и симптомы становятся более явными и все более суживающими возможности. Они включают: забывчивость в отношении недавних событий и имен людей; нарушение ориентации дома; возрастающие трудности в общении; потребность в помощи для ухода за собой; поведенческие трудности, включая бесцельное хождение и задавание одних и тех же вопросов.

При тяжелой степени активность в повседневной жизни нарушена; развивается почти полная зависимость и пассивность. Нарушения памяти становятся значительными, а физические признаки и симптомы более очевидными. Симптомы включают:

- потерю ориентации во времени и пространстве;
- трудности в узнавании родственников и друзей;
- возрастающую потребность в помощи для ухода за собой;
- трудности в передвижении;
- поведенческие изменения, которые могут усугубляться и включать агрессивность. [18]

Чем раньше начаты профилактика и лечение, тем лучше прогноз и для больного, и для его семьи, тем больше шансов задержать прогрессирующее снижение мыслительных способностей пожилого человека с помощью фармакологических препаратов.

Деменция является основным фактором риска делирия в пожилом возрасте. [13] В отличие от деменции, делирий представляет собой нейрофизиологический синдром, включающий клинические признаки изменения сознания, внимания и мышления. Делирий характеризуется острым началом, неустойчивым течением и снижением способности пациента получать, обрабатывать, запоминать и воспринимать информацию.

Принято считать, что делирий является не заболеванием, а клиническим синдромом. [4] Этиологические факторы делирия разнообразны; как правило, делирий обусловлен сочетанием разных факторов. Чаще всего делирий вызывается патофизиологическими последствиями острых соматических заболеваний, их осложнений и побочных действий применяемых медикаментозных препаратов. Развитие делирия может быть обусловлено комбинацией немодифицируемых факторов (предсуществующая деменция или серьезное соматическое заболевание) и дополнительных, часто модифицируемых факторов (прием седативных средств, инфекции и т.д.).

Имеющиеся в литературе данные свидетельствуют также об общности целого ряда факторов риска развития делирия и так называемой вторичной деменции, значительная часть которых в той или иной степени сопряжена с возрастом пациентов. [13]

### **Особенности психоэмоционального статуса пожилых людей**

Особенностями психоэмоционального статуса данного пациента является агрессия (вербальная и физическая), связанная с деменцией и болезнью Альцгеймера. Помимо когнитивных нарушений. Различные поведенческие и психопатологические симптомы у больных деменцией оказывают значительное влияние не только на качество жизни самих пациентов, но и на лиц, ухаживающих за ними. Психопатологические нарушения при деменции представлены бредовыми расстройствами и галлюцинациями, иллюзиями, депрессией и тревогой, в то время как поведенческие симптомы включают в себя психомоторное возбуждение (беспокойство, гиперактивность, крики, нарушения сна и т. д.), физическую и вербальную агрессию. [17] Психотические симптомы, возбуждение и агрессия являются симптомами, которые наиболее часто приводят к попаданию пациентов с деменцией в психиатрические стационары. [5]

Состояние хронической нестабильности настроения исследуют с помощью теста «Склонность к циклотимности» ([www.azps.ru](http://www.azps.ru)). О ярко выраженной циклотимии свидетельствовали 10 – 12 утвердительных ответов, о наличии циклотимной тенденции – 9 – 5 утвердительных ответов, об отсутствии циклотимии – менее 4 положительных ответов. Оценку уровня невротизации определяют с помощью методики диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана (1980). Самочувствие, активность и настроение оценивают по методике САН В.А. Доскина с соавторами (1973). [9]

### **Шкалы/опросники для оценки психоэмоционального статуса пожилого человека**

**1. Опросник PHQ-2 (Patient Health Questionnaire)** Общий балл  $\geq 2$  свидетельствует о наличии склонности к депрессивному состоянию (Табл. 1)

#### **Различия субъективной оценки психоэмоционального состояния пожилых людей, живущих в семье и домах престарелых**

У основной массы пожилых людей, живущих в семьях и доме престарелых, отмечается низкий уровень одиночества, им чуждо чувство изолированности, затерянности, тоскливости. Они обладают эмоциональной зрелостью, уверенностью в себе, они дружелюбны и общительны.

2. Большинству пожилых людей, проживающих в семьях, присуще: благоприятное самочувствие, высокий уровень активности, уровень настроения выше среднего. Это свидетельствует об устойчивом эмоциональном фоне испытуемых, основу которого составляют хорошие

отношения с родными и близкими, удовлетворенность жизнью, уверенность в завтрашнем

Таблица 1

Ф.И.О.:				
Возраст:				
Как часто Вас беспокоили проблемы за последние 2 недели?	Ни разу	Несколько дней	Более половины времени	Почти каждый день
1. У Вас был снижен интерес или удовольствие от выполнения ежедневных дел	0	1	2	3
2. У Вас было плохое настроение, Вы были подавлены или испытывали чувство безысходности	0	1	2	3

**Источник:** The Patient Health Questionnaire (PHQ-2) – Overview Режим доступа: [http://www.cqaimh.org/pdf/tool\\_phq2.pdf](http://www.cqaimh.org/pdf/tool_phq2.pdf)

дне, участие в воспитании внуков, активная социальная позиция.

3. Основной массе пожилых людей, проживающих в доме престарелых, присуще: благоприятное самочувствие, высокий уровень активности, настроения выше среднего. Следовательно, комфортные условия проживания, наличие дружеских связей, положительного взаимодействия с окружающими и уверенности в своевременной медицинской помощи позволяют лимитировать отсутствие род-

ственных связей и страданий от соматических заболеваний, которые являются закономерными спутниками старости. [11]

### **Законодательные акты, регламентирующие социальную помощь пожилым с деменцией. Объем необходимой социальной помощи и условия ее предоставления**

Важное место в сфере социальной поддержки граждан старшего поколения занимает система социального обслуживания граждан. Государство гарантирует гражданам право вне зависимости от пола и возраста на получение социальных услуг в порядке и на условиях, которые установлены Федеральным законом "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

Наиболее востребованной гражданами формой предоставления социальных услуг, приближенной к их потребностям и одновременно экономически выгодной, является предоставление социальных услуг на дому. Такая форма социального обслуживания должна компенсировать отсутствие родственного ухода, невозможность для членов семьи предоставлять уход и попечение своим старшим родственникам, но при этом сохранить проживание им в привычной для них среде.

В соответствии с Федеральным законом от 2 августа 1995 г. N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" граждане пожилого возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) и инвалиды (в том числе дети-инвалиды), нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию и (или) передвижению, имеют право на социальное обслуживание, осуществляемое в государственном и негосударственном секторах системы социального обслуживания.

Федеральный перечень гарантированных государством для граждан пожилого возраста социальных услуг, оказываемых государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания, утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 25 октября 1995 г., № 1151 (ред. от 17.04.2002). В частности, выше указанным документом предусмотрены такие услуги как:

- надомные, к которым относятся: доставка продуктов на дом; приобретение медикаментов, продовольственных и промышленных товаров первой необходимости; содействие в получении медицинской помощи, в том числе сопровождение в медицинское учреждение; уборка помещения и другие надомные услуги (например, содействие в обеспечении топливом); содействие в организации юридических услуг;

- специализированные медицинские услуги на дому, которые получают, в частности, психически больные лица в стадии ремиссии. [5]

Социальное обслуживание на дому является одной из основных форм социального обслуживания, направленной на максимально возможное продление пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов в привычной социальной среде в целях поддержания их социального статуса, а также на защиту их прав и законных интересов.

На реализацию прав больных для получения социальных услуг в значительной мере влияет медико-социальная экспертиза. Однако, по мнению специалистов, нынешнее состояние медико-социальных экспертиз не отвечает возрастающим запросам на соответствующие услуги как граждан, так и разных заинтересованных структур (пенсионных, страховых, судебных, работодателей и др.). [11]

### **Схема ведения пациента после выписки**

Снижение когнитивных функций – актуальная проблема не только системы здравоохранения, но и социальной службы. Значительные расстройства памяти (такие, как деменция) существенно снижают качество жизни как самого пациента, так и его семьи, нарушают профессиональную и общественную деятельность человека, а в ряде случаев приводят к стойкой утрате трудоспособности, инвалидности и полной зависимости от посторонней помощи. [2]

Такие пациенты, как Кирилл Николаевич, с диагнозом «Прогрессирующая деменция», которые после курса лечения в стационаре возвращаются домой, нуждаются в так называемой геронтопсихиатрической помощи. Во многих странах накоплен значительный опыт создания и работы специализированных форм и видов помощи лицам пожилого и старческого возраста, разработаны принципы ее осуществления и показания к ее применению; появились также системно организованные структуры, обеспечивающие взаимосвязь и преемственность деятельности звеньев геронтопсихиатрической помощи, а также комплексное медицинское и социальное обслуживание лиц пожилого и старческого возраста. [3]

По некоторым данным, в нашей стране специализированная геронтопсихиатрическая помощь осуществляется лишь в условиях подразделений психиатрических стационаров и интернатов Министерства здравоохранения и социальной защиты. При этом основная часть лиц пожилого и старческого возраста, страдающих психическими расстройствами, проживающая в социуме, лишена возможности получить амбулаторную специализированную помощь. Пожилые психически больные, обращающиеся в психоневрологические диспансеры, как правило, не выделены в отдельную группу специализированного обслуживания, а обслуживаются на общих психиатрических участках. [1]

Все проводившиеся в течение последних лет мероприятия по улучшению отечественной психиатрической помощи больным были направлены главным образом на расширение стационарных форм помощи (увеличение числа мест в психоневрологических интернатах) и практически не затрагивали внебольничное обслуживание пожилых больных. [13]

Сегодня необходимым остается актуализации деятельности системы оказания психиатрической помощи на всех этапах: первичная медико-санитарная помощь; гериатрическая помощь (кабинеты поликлиники); первичная специализированная медико-санитарная помощь (кабинеты или центры геронтопсихиатрической помощи); полустационарные подразделения,



ориентированные на данную возрастную группу, в структуре психиатрической службы; профильные геронтопсихиатрические и соматогериатрические отделения в структуре психиатрических больниц.

По мнению ведущих специалистов, акцент в развитии психиатрической помощи лицам пожилого и старческого возраста должен быть смещен в сторону внебольничных форм. Это диктуется как экономической целесообразностью, так и современной гуманистической установкой на предотвращение социальной дезадаптации и явлений госпитализма, неизбежно возникающих у пожилых больных при длительном пребывании в стационаре. [10]

Непосредственно перед выпиской из психиатрического стационара учреждение отправляет телефонограмму во все психоневрологические диспансеры (далее – ПНД) города и области. В случае, если пациент по каким-то причинам не может посещать ПНД, должен быть организован патронаж на дому.

### **Методы оценки функционального статуса пожилого человека**

В связи с особенностями протекания болезни Альцгеймера, отражающимися на психоэмоциональном статусе, данному пациенту требуется функциональная оценка, тем более учитывая тот факт, что пациент проживает один. В целом функциональная активность складывается из физической и интеллектуальной способности человека, его желания и мотивации выполнять определенные действия, а также из существующих социальных и личных возможностей обеспечения активности.

В гериатрии используют несколько видов тестирования. Важнейший тест называется «Активность в повседневной жизни», или «Activity in Daily Living (ADL)». Он существует в нескольких модификациях: базисной, инструментальной, физической.

Базисная модификация (BADL) сфокусирована на способности пациента выполнить гигиенические процедуры, самостоятельно принимать пищу. Инструментальная активность (IADL) включает более сложные действия: умение оперировать деньгами, совершать покупки и т.д. В условиях общей врачебной практики рекомендуются применять такие методики, как тест на способность выполнять основные функции, объективная оценка физического функционирования, скорость походки, проба на удержание равновесия (тандемный шаг). [13]

### **Способы оценки проблем, связанных с питанием**

Для пожилых людей характерна мальнутриция или недостаточное питание, которая является фактором риска заболеваемости и смертности среди людей старшей возрастной группы. Одной из наиболее часто используемых анкет для оценки пищевого статуса является опросник по оценке питания (Mini Nutritional Assessment, MNA), разработанный специально для людей пожилого возраста и рекомендованный Европейской ассоциацией клинического питания для скрининга и оценки пациентов с риском развития мальнутриции, или недостаточности питания.

Вопросник MNA состоит из 2 разделов: скрининговой и оценочной. В скрининговую часть включено 6 вопросов, максимальное количество баллов составляет 14. Если респондент при ответе на первую часть опросника не набирает 11 баллов, проводится более подробный опрос по второй оценочной части опросника. По окончании тестирования выносится заключение. Респонденты, которые набрали менее 17 баллов, имеют неполноценное питание; от 17,0 до 23,5 балла – находятся в зоне риска по причине неправильного питания; 24,0 и выше балла – имеют нормальный пищевой статус. [14]

### **Школа для родственников больных деменцией**

Востребованность такой формы социального обслуживания как уход на дому влечет за собой наличие очередности на получение социальных услуг на дому. В связи с этим возникает



потребность в развитии различных технологий стимулирования граждан на обеспечение ухода за своими пожилыми родственниками.

Семья часто оказывается в полном неведении о дальнейших перспективах своего существования с учетом появившихся новых задач ухода за членом семьи, страдающим деменцией. Это обуславливает развитие синдрома эмоционального выгорания у родственников. Занятия в школе родственников больных деменцией должны устранить дефицит информации о болезни и быть направлены на обучение методам ухода и общения с тяжелобольным членом семьи. [11]

### Уход за пациентом с прогрессирующей деменцией и профилактика

При уходе за данным пациентом медработники должны учитывать особенности, снижающие уровень социально-психологической адаптации таких пациентов: • высокая аффективная загруженность, высокий уровень тревожно-депрессивных переживаний; • изменение личности, возникающее на фоне возрастных изменений и объективного органического процесса; • нарастание внутриличностной конфликтности и повышение конфликтности в системе отношений пациентов; • нарушения в защитно-компенсаторной сфере. [12]

Прогрессирование болезни и возникновение у больного нарушений поведения создают членам семьи гораздо больше трудностей, чем недостаточность когнитивных функций, и является наиболее частой причиной госпитализации. В связи с этим особую значимость приобретают проблемы адаптации такого человека к условиям проживания в семье и его реабилитации в амбулаторных условиях.

Учитывая тот факт, что у данного пациента возможно проявление агрессии, неадекватных поступков, уход за пациентами будет сопряжен с трудностями, однако есть приемы, которые облегчают ситуацию:

- соблюдение режима, способствующего простоте и организации повседневной жизни;
- тренинг, направленный на улучшение памяти;
- программы, основанные на прослушивании музыки, регулярных занятиях танцами;
- программы, направленные на повышение активной деятельности больных дома (в частности, приготовление пищи) и др.

Обогащение жизни событиями, которые вызывают эффект исцеления через культурные и духовные аспекты искусства в процессе творчества (искусства, музыки, танца, драмы, юмора, литературы, поэзии, духовности и культурных ритуалов) могло бы оптимизировать условия реабилитации больных, в частности нейрокогнитивной реабилитации. [11]

### План ухода за пациентом с прогрессирующей деменцией

Проблема	Сестринские вмешательства	Ожидаемые результаты
Дефицит самоухода	Организовать помощь в проведении мероприятий личной гигиены Проводить оценку функционального статуса (для определения объема необходимой помощи) (шкала базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел) ADL	Отсутствие проблем, связанных с дефицитом самоухода (мацерация, опрелости, педикулез и др.)
Риск развития пролежней	Проводить оценку риска развития пролежней по шкале Ватерлоу Напоминать/помогать пациенту менять положение каждые два часа (в кровати, в кресле)	Отсутствие пролежней

Риск мальнутриции	Проводить оценку по шкале на предмет мальнутриции (краткая шкала оценки питания (MNA) Организовать своевременный прием пищи необходимой калорийности /жидкости	Количество баллов по шкале не превышает допустимую норму
Риск травматизма для ухаживающего персонала/родственников из-за отсутствия необходимой информации о психоэмоциональных особенностях пациента с болезнью Альцгеймера	Проводить оценку когнитивных функций Соблюдать установленный режим дня Предлагать тренинги на укрепление памяти Организовать обучение для ухаживающего персонала /родственников	Отсутствие травматизма

### Список использованной литературы

1. Абдель Разэк О.В. Региональный аспект организации комплексного геронтопсихиатрического обслуживания // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия Социальные науки, 2009, № 3 (15), с. 7–12
2. Авдеева И.В., Якушева Е.Н. Реабилитация при нарушениях памяти // Медицинская сестра. 2017. № 5. С. 18-22
3. Белоконов О.В. Современные проблемы качества жизни пожилых в России // Успехи геронтологии. СПб. Эскулап, 2005. Вып. 17. С. 87–101
4. Гороховатский Ю.И., Замятин М.Н. и соавт. Профилактика делирия в кардиохирургии // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова 2016. т. 11. № 2. С.9-14
5. Кольхалов И.В. Лечение поведенческих и психопатологических расстройств у пациентов с болезнью Альцгеймера // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2013. № 2. С. 16-23
6. Косенко О.Ю. Особенности социальных проблем лиц пожилого возраста и связанных с ними потребностей в услугах. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-sotsialnyh-problem-lits-pozhilogo-vozrasta-i-svyazannyh-s-nimi-potrebnoyev-v-uslugah> Дата обращения: 01.02.2021
7. Маркин С.П. Профилактика и лечение деменции. Методическое пособие. Воронеж; 2008
8. Митина Г.В., Шаяхметова Э.Ш., Макушкина О.М. Субъективная оценка психоэмоционального состояния пожилых людей // Образовательный вестник «Сознание». 2018. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/subektivnaya-otsenka-psihoemotsionalnogo-sostoyaniya-pozhilyh-lyudey>
9. Митина Г.В. и соавт. Психоэмоциональный статус пожилых людей, живущих в семьях и домах престарелых // Проблемы современного педагогического образования. 2019. С. 383-386
10. Пузин С.Н., Криворучко Ю.Д. Медико-социальный аспект развития паллиативной помощи больным с деменцией // Российский психиатрический журнал. 2017. № 4. С.13-22
11. Пузин С.Н., Шургая М.А., Торопова О.М. Актуальные вопросы медико-социальной реабилитации в амбулаторных условиях: пациенты, страдающие деменцией // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Том 18, № 1, 2015. С. 4-9
12. Раевский А.А. Влияние аффективной составляющей психического состояния пожилых пациентов на их социальное функционирование // Российский психиатрический журнал № 6, 2011. С.71-74
13. Савина М.А. Лечение и профилактика постинсультного делирия // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2015. № 4. С. 4-8
14. Скребнева А.В., Попов В.И., Алексеев Н.Ю. Оценка риска развития недостаточности питания у лиц старшей возрастной группы Воронежской области // Вопросы питания. 2018. Том 87, № 6. С. 42-47
15. Фролова Е.В., Корыстина Е.М. Комплексная оценка состояния здоровья пожилого человека и возможности ее осуществления в общей врачебной практике // Российский семейный врач. 2010. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kompleksnaya-otsenka-sostoyaniya-zdorovya-pozhilogo-cheloveka-i-vozmozhnosti-ee-osuschestvleniya-v-obshchey-vrachebnoy-praktike>
16. Шаяхметова Э.Ш., Митина Г.В., Макушкина О.М. Особенности психических состояний у лиц пожилого возраста, живущих в семьях и домах престарелых // Образовательный вестник «Сознание». 2018. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-psiicheskikh-sostoyaniy-u-lits-pozhilogo-vozrasta-zhivuschih-v-semyah-i-domah-prestarelyh>
17. Hottin P., Bonin C. Symptomes comportementaux et psychologiques de la demence. Dans: Arcand M., Hebert R. redacteurs. Precis pratique de geriatric. 3<sup>rd</sup> ed. Acton Vale, Quebec: Edisem; Paris: Maloine. 2007, p. 341–357.
18. Деменция. Всемирная организация здравоохранения. Режим доступа: who.int Дата обращения: 02.02.2021

## КРИТИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.  
ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им.И.И.Мечникова»

---

*«Образовательные программы должны стимулировать любознательный аналитический подход, поощряющий независимое суждение и критическое самосознание».*

*«Для развития современного сестринского дела фундаментальным требованием является необходимость развития критических способностей у всех медсестер, как во время базовой подготовки, так и после нее»*

*«Критическое мышление становится добродетелью профессии медсестры»*

---

Сестринские информационные источники пестрят разными темами, но, как правило, они сводятся к определенным направлениям (практический опыт, обзоры сестринских мероприятий, манипуляции и алгоритмы и др.). При этом вопрос, который мы поднимаем в этой статье, пока не находит своего места в отечественной профессиональной литературе. Однажды признав ошибочной позицию, характерную для советского периода, когда при подготовке медсестер акцент делался на практические навыки, мы как будто признали, что пришло время переключиться на интеллектуальную сторону сестринской деятельности. Следующим шагом должен был стать анализ этой интеллектуальной деятельности и определение ее составляющих, среди которых не последнее место занимает критическое мышление. Однако, а воз и ныне там...

При этом важность развития навыков критического мышления в сестринском образовании хорошо обоснована; без навыков критического мышления невозможно работать в современных сложных условиях здравоохранения и обеспечить требуемый уровень компетентности в будущем.<sup>4</sup> Некоторые авторы связывают критическое мышление в клинических условиях с улучшением диагностических навыков, уменьшением числа ошибок и с гарантией точности в работе. Медсестры с критическим мышлением более склонны к высокопрофессиональным суждениям и обоснованным выводам. Критическое мышление является ключом к решению проблемы, и медсестры, которые не мыслят критически, сами становятся частью этой проблемы.

Было описано несколько различных образовательных методик для оттачивания критического суждения, но имеющиеся на сегодняшний день данные не позволяют сделать вывод о том, какие методы являются наиболее подходящими. Допускается, что это может быть отчасти связано с отсутствием информации о том, как сами преподаватели понимают критическое мышление, на какой теоретической модели они основывают свое обучение и как они его преподают.

Более того, концепции критического мышления могут меняться даже в одной и той же обстановке или у одного и того же преподавателя, поскольку каждый студент индивидуален и контекст обучения не всегда одинаков (в частности, это показали 17 исследований), следовательно, существует необходимость прояснять точку зрения преподавателей на критическое

---

<sup>4</sup> Falcó-Pegueroles A, Rodríguez-Martín D, et al. Critical thinking in nursing clinical practice, education and research: From attitudes to virtue. Nurs Philos. 2021 Jan;22(1):e12332. doi: 10.1111/nup.12332. Epub 2020 Oct 7. PMID: 33029860.

мышление. Благодаря лучшему пониманию критического мышления при обучении сестринскому уходу преподаватели сестринского дела могут разрабатывать более эффективные стратегии для повышения уровня развития критического мышления у студентов-медсестер, готовя их к будущей клинической практике.<sup>5</sup>

В данной статье представлен обзор теоретических вопросов, которые нашли свое отражение в учебных материалах по подготовке медицинских сестер в западных школах для формирования и развития навыка критического мышления у медицинских сестер.

---

Слово "критический" - очень распространенный термин в образовании, но он имеет совершенно иную коннотацию, по сравнению с обычным употреблением этого слова. В обществе этот термин приравнивается к критике, которая с детских лет несет в себе негативный подтекст. В этом контексте он обычно означал враждебные или недобрые комментарии по поводу аспектов поведения человека; такое представление о критике может перейти и во взрослую жизнь.

Критическое мышление сильно отличается от критики тем, что оно в своей основе является позитивной деятельностью. Оспаривание устоявшихся предположений может быть истолковано как их подрыв, но на самом деле такая критическая оценка ситуации является позитивным и необходимым процессом для роста и развития общества или организации. Критическое мышление не ограничивается только обучением в высших учебных заведениях, оно пронизывает всю деятельность во взрослой жизни, включая межличностные отношения и работу.

Критическое мышление ориентировано на достижение цели и является целенаправленным мышлением, которое связано с такими умениями, как, например, оценкой достоверности источников информации, деланием выводов и проработкой идей. Это – важная интеллектуальная способность и она необходима для проведения качественных клинических оценок.

Согласно Полю (1988), критическое мышление является хорошо организованным, самонаправленным, рациональным мышлением, которое удостоверяет то, что мы знаем и устанавливает то, в чем мы несведущи...». «Это искусство думать о том, о чем вы думаете в процессе мышления, чтобы сделать свое мышление более ясным, точным, правильным, актуальным, последовательным и беспристрастным» (с.2-3).

Критическое мышление – это сложная деятельность и, как можно было бы ожидать, одного простого определения для него нет. Однако, у него есть ряд характеристик, по которым можно узнать о его присутствии.

## **ХАРАКТЕРИСТИКИ**

### **Критическое мышление связано с концептуализацией**

Концептуализация – это интеллектуальный процесс формирования концепции. Концепция является мыслительным отображением реальности. При концептуализации абстрактная идея обобщается из конкретных примеров (случаев) и существует в уме как символ. Концепции – это представления о событиях, объектах и свойствах, а также о взаимосвязях между ними. При уходе за больными используются концепции о двух видах реальности:

- 1) Свойствах или каким образом представляются явления и
- 2) процессах или каким образом происходят эти явления.

---

<sup>5</sup> Chan ZC. A systematic review of critical thinking in nursing education. Nurse Educ Today. 2013 Mar;33(3):236-40. doi: 10.1016/j.nedt.2013.01.007. Epub 2013 Feb 6. PMID: 23394977.

Концепция свойства, например, могла бы быть об уровне беспокойства пациента или о том, инфицирован ли разрез. Концепция процесса могли бы быть о том, как морфин действует на центральную нервную систему, или о том, что больной испытывает, когда у него боль (Ким, 1983 с. 8-10).

### **Критическое мышление является рациональным и целесообразным**

Это является наиболее очевидной особенностью критического мышления. Сообразность и рациональность относятся к тому обстоятельству, что мышление базируется скорее на соображениях, чем на предубеждении, предпочтениях, собственном интересе или страхах.

Предположим, что вы принимаете решение голосовать на выборах за кандидата от демократической партии, так как ваша семья всегда голосовала за демократов. Это решение базируется на предпочтении, предубеждении и, возможно, собственном интересе. С другой стороны, предположим, что вы уделите время размышлению о том, что кандидат говорил о проблеме на выборах и сделали свой выбор, исходя из этого. В этом случае даже если бы, возможно, все же проголосовали за демократа, вы мыслили бы рационально, используя факты и наблюдения, чтобы сделать свой выбор.

### **Критическое мышление является обдуманном**

Это означает, что человек, который критически мыслит, не делает поспешным заключений и не принимает поспешных решений, но уделяет время сбору данных и затем продумыванию вопроса в строго определенном порядке, взвешивая факты и данные.

### **Критическое мышление – это отчасти позиция**

Это позиция установления истины. Критически мыслящий человек изучает существующие утверждения и заявления, чтобы убедиться, являются ли они истинными или обоснованными, а не слепо принимая их. В ответ на утверждения вроде: «Форды лучше, чем Шевроле», критически мыслящий человек мог бы спросить:

1. Что вы имеете в виду под «лучше, чем, лучше в чем»? и
2. Какая у вас есть информация подтвердить, что это так?

Критически мыслящие люди скептически, но также конструктивны. Она спрашивают: «Почему?» и «Каким образом?»

### **Критическое мышление – это самостоятельное мышление**

Критически мыслящий человек думает для себя. Он не пассивно принимает на веру мнения других, а анализирует обсуждаемые вопросы и решает, какие авторитетные утверждения заслуживают доверия. Например, он использует критическое мышление, чтобы проанализировать убеждения, приобретенные ребенком, принимая их по обоснованным причинам или отвергая те, которых он ошибочно придерживается. С критически мыслящими людьми не легко иметь дело, так как они не будут принимать или отвергать то, что они не понимают.

### **Критическое мышление включает в себя творческое мышление**

Творческое мышление – это продуктивная интеллектуальная способность создавать оригинальные идеи путем установления взаимосвязей между мыслями и концепциями. Это связано со способностью разбивать на элементы и переносить концепцию на новые места, обстановку или для новых использований. Например, понятие кирпич можно было бы представить по линиям его молекулярной структуры, его размерам, его цвету, его роли в экономике, его твердости, его способности переносить тепло (теплопроводность) и так далее. Какая бы ни была идея, критически мыслящий человек способен трансформировать ее – найти ее снова в других местах и в другой обстановке. Творчески мыслящий человек не просто запоминает и оценивает имеющиеся знания; он создает возможные варианты действий, выдвигает обоснованные гипотезы и находит новые решения проблем.

Творческое мышление связано с более или менее случайным возникновением идеи и имеет место на различных уровнях сознания. Оно может не обосновывать логическое объяснение действий, особенно в тех случаях, когда проблема является необычной, не обязательно



учитывает возможные результаты при формировании новой идеи. Однако, творческое мышление является направленным, хотя скорее неупорядоченным, чем носящим систематический характер. Направленное мышление является устремленным и ориентированным на достижение цели, в отличие от ассоциативного мышления, при котором мысли являются неупорядоченными и неструктурированными (например, мечты, грёзы).

### **Критическое мышление является непредвзятым мышлением**

Критически мыслящий человек стремится устранить предвзятое отношение и односторонность своего мышления и признать это у других, что требует от него анализа оснований для принятия решений и делания выбора. Это также требует от него понимания своих оценок и чувств и готовности рассмотреть, на чем они базируются.

Критическое мышление сфокусировано на том, чтобы определить, чему верить или что делать

Критическое мышление используется для оценки аргументов и выводов, создания новых идей или возможных вариантов действий, определения (выбора) варианта действия, получения надежных результатов наблюдений, выведения заключений и решения проблем. Критически мыслящий человек использует принятые критерии для анализа своих суждений, а также суждений других; он делает следующее (Поль, 1988а):

1. Изучает мышление, которое лежит в основе его эмоций и чувств
2. Откладывает вынесение суждений при отсутствии достаточного количества фактов
3. Вырабатывает критерии оценки и применяет их беспристрастно и точно
4. Оценивает достоверность источников информации, используемых для подтверждения точек зрения
5. Устанавливает связи между различными областями знаний и использует понимание одной дисциплины для освещения других дисциплин и их «корректировки»
6. Отличает факты от идеалов и желаемое от действительного
7. Анализирует предположения, которые лежат в основе мыслей и поведения
8. Отличает имеющее отношение к чему-либо от не имеющего к этому отношение и важное от малосущественного
9. Выводит выглядящие правдоподобными заключения и отличает выводы от подкрепляющих их обоснований
10. Ищет доказательства и предоставляет доказательства, когда его о них спрашивают.

### **Тесты на критическое мышление**

Существует ряд тестов на критическое мышление, хотя эти тесты содержат различные виды элементов, в них наблюдается значительное совпадение. Одним из примеров является тест Уотсона-Глейзера. Тест используется для оценки навыков критического мышления, требуемых для структурированного и обоснованного представления определенной точки зрения и убеждения в ней. Контрольные вопросы оценивают способности человека: делать правильные выводы; распознавать предположения; делать умозаключения; приходить к правильным выводам; интерпретировать и оценивать аргументы.

#### *Умозаключение*

Это вывод, основанный на фактах или наблюдениях. Например, глядя на выражение лица и позу тела послеоперационного пациента, медсестра может сделать вывод, что он или она испытывает боль. Однако могут быть и другие, столь же правдоподобные объяснения, такие как беспокойство по поводу того, не потеряет ли он или она работу, пока находится в стационаре.

#### *Предположения*

Есть что-то предполагаемое или принимаемое как должное. Например, медсестра может предположить, что послеоперационный пациент захочет получить обезболивающее, как только почувствует боль. Однако пациент может негативно относиться к приему любой формы препарата и поэтому отказаться от обезболивания.

#### *Дедукция*

Дедукция состоит в том, чтобы делать выводы исключительно на основе установленных предположений. Например, из двух утверждений «некоторые медсестры выглядят неопрятно» и «быть неопрятным - не профессионально» можно сделать вывод, что некоторые медсестры не профессиональны. Однако вывод о том, что медсестры-не профессионалы выглядят неопрятно, не следует из двух приведенных выше утверждений, поскольку непрофессиональные медсестры могут вполне выглядеть опрятно, и все же у них есть другие недостатки, которые говорят об их непрофессионализме.

#### *Интерпретация*

Интерпретация включает в себя оценку того, следует ли вывод, вне всяких разумных сомнений, на основе приведенного факта. Приведем чисто гипотетический пример: предположим, изучение профессиональных нарушений в регионе А показало 34 жалобы от пациентов на медсестер и 22 жалобы на медбратьев. Из этого можно сделать следующие выводы:

А: Жалоб от пациентов на женщин-медсестер больше, чем на медбратьев

Б: Пациенты более удовлетворены работой медбратьев, чем медсестер.

Вывод А следует вне всяких разумных сомнений\*, поскольку это фактическое утверждение, подкрепленное доказательствами соответствующих цифр. Однако выводы Б не выходят за рамки разумных сомнений, поскольку они делают необоснованное обобщение из приведенных данных, например, в нем не учитывается количество медсестер мужского/женского пола (34 может составлять 1%, а 22 - 5%).

\*«Разумное сомнение означает сомнение, не основывающееся только на теоретической возможности или возникшее во избежание нежелательного вывода, а сомнение, возникающее на основании представленных фактов». (Постановление по межгосударственному делу Ireland vs. The United Kingdom.)<sup>6</sup>

#### *Оценка аргументов*

При попытке принять важные решения по какому-либо вопросу или проблеме необходимо уметь различать сильные и слабые аргументы. Уотсон и Глейзер используют два критерия для убедительного аргумента: значимость и непосредственная связь с вопросом или проблемой. Если один из них отсутствует, то аргумент считается слабым.

#### **Использованная литература**

1. Шрагенхайм Э. Между разумным сомнением и разумным пределом. Режим доступа: <https://tocpeople.com/2016/05/mezhdu-sommeniem-i-predelom/> Дата обращения: 1 сентября 2021 г.
2. Chan ZC. A systematic review of critical thinking in nursing education. Nurse Educ Today. 2013 Mar;33(3):236-40. doi: 10.1016/j.nedt.2013.01.007. Epub 2013 Feb 6. PMID: 23394977.
3. Falcó-Pegueroles A, Rodríguez-Martín D, et al. Critical thinking in nursing clinical practice, education and research: From attitudes to virtue. Nurs Philos. 2021 Jan;22(1):e12332. doi: 10.1111/nup.12332. Epub 2020 Oct 7. PMID: 33029860
4. Quinn F.M. The Principles and Practice of Nurse education. 3d ed. London: Chapman & Hall
5. Willkinson J. (2000). Nursing Process. A Critical Thinking Approach. 2<sup>nd</sup> ed. Prentice Hall.

<sup>6</sup> Шрагенхайм Э. Между разумным сомнением и разумным пределом. Режим доступа: <https://tocpeople.com/2016/05/mezhdu-sommeniem-i-predelom/> Дата обращения: 1 сентября 2021 г.

## ПО СЛЕДАМ ОДНОГО ВЕБИНАРА

Цуцунава М.Р.

В вебинаре «Глобальные изменения...», проведенном 23 сентября, приняло участие 730 человек из разных регионов страны. Однако баллы (ЗЕТы) получили 590 человек. Еще пройдет какое-то время, прежде чем разочарованные исходом участники (140 человек) успокоятся и осознают свою вину в произошедшем.

Организация и участие в аккредитованном мероприятии сопряжены с выполнением определенных весьма жестких требований. Организатор (он же Провайдер) за 12 недель до мероприятия должен подготовить анонс и разместить **всю** информацию, касающуюся мероприятия, в социальных сетях: это – программа, образовательные цели и ожидаемые результаты, методы активного обучения, методы контроля знаний и др. Однако крайне важными вопросами, без решения которых аккредитации не будет, являются определение целевой аудитории и метода контроля присутствия участника. Эти аспекты, как и программа, также прописываются в анонсе образовательного мероприятия. Метод контроля, в частности, звучит примерно следующим образом:

*Электронная регистрация, контроль подключения (по электронной почте) в период конференции. Контроль участия слушателя в течение всего периода трансляции вебинара проводится с помощью внезапных электронных голосований. Время присутствия контролируется по автоматическому отчету, генерируемому порталом трансляции. Минимальное время подключения к участию в вебинаре (или минимальный порог присутствия) в минутах: не менее 140 минут +10 минут на решение технических проблем. За период вебинара будет проведено 4 проверки присутствия "у монитора": со стороны слушателя должно быть успешно отмечено как минимум 3 из 4 подтверждений. Проверки (контроль) присутствия проводятся хаотично, без заранее известного слушателем интервала между проверками.*

Однако проблема заключается в том, что что-то мы видим, а что-то упускаем, в результате наказыв-

## ЧЕМ ЗАНЯТЫ УЧАСТНИКИ ВЕБИНАРА

Участник 1

*Коллеги, подскажите, пожа-та на сколько по времени рассчитан вебинар?*

Участник1

**3 часа**

Участник 2

**2 ч.40 мин**

*Вроде так считала*

Участник 1

**Спасибо**

Участник 3

*Сколько окошечек подтверждения высказывало?*

Участник 1

**1**

Участник 3

*Значит первый раз я отметилась*

Участник 4

*Меня тоже пожалуйста отметьте*

Участник 2

*Не было второй раз никакого окна*

Участник 5

*Я тоже не видела*

Участник 6

*Не успела отметить*

**Все зависло**

Участник 7

*Добрый вечер, я опоздала на вебинар на 10 минут по техническим причинам.*

*Баллы мне теперь не начислят?*

Участник 8

*Подскажите пожалуйста, нестабильный интернет, не видела ни 1 окна, висела очень долго картинка и не видела мне сертификат не будет ....*

Участник 1

*Уважаемые коллеги Вы лучшие слушайте внимательно, а не следите за окнами, очень интересный материал*

Участник 8

*Я слушаю и работаю, боюсь пропустить проверку...*

Участник 1

*Мы все и работаем, и слушаем...*

вая себя своей невнимательностью. 140 человек пострадали из-за того, что перешагнули минимальный порог присутствия (увы, он был незначительный, кому-то не хватило всего 5-7 минут), а кто-то, просидев у компьютера даже более 3 часов (при том, что вебинар длился 165 минут), «забыл» подтвердить свое присутствие...

Нельзя здесь не вспомнить и тех, кто решил, что баллы можно получить «по щелчку пальцев». Не успело мероприятие закончиться, как посыпались звонки с требованием выдать коды. Однако, по-видимому, вопреки установленной схеме, после того, как мероприятие было одобрено и Комиссией, и рецензентом, коды не были выданы (возможно, по той причине, что это было первое мероприятие, организованное ПРОО МРСП в качестве Провайдера). В ответ на наш запрос по поводу кодов нам сообщили о необходимости в первую очередь предоставить отчет. При этом Провайдеру дается 2 недели на подготовку отчета. Таким образом, в итоге, участники получили коды спустя месяц после мероприятия. Возможно, для кого-то это оказалось «катастрофой», учитывая силу злопыхательства некоторых участников, направленного в адрес Провайдера... Однако вина ли Провайдера в том, что кто-то попытался (и безуспешно) запрыгнуть в последний вагон уходящего поезда? ...

### Послесловие

Можно смело резюмировать, что большая часть потенциальных участников онлайн-мероприятий относятся к организационным вопросам несерьезно. Это красноречиво демонстрирует приведенный фрагмент из чата одного вебинара. Одно очевидно: подготовка и четкая организация должна быть не только со стороны Провайдера, которого контролирует Комиссия, но и со стороны участника, которому тоже требуется контроль. Только в данном случае – это самоконтроль, который многим следует культивировать, чтобы уверенно принять вызов НМО.

Ниже приведены ответы на наиболее часто возникающие вопросы, размещенные на портале НМиФО <https://edu.rosminzdrav.ru/voprosy-otvety/voprosy-po-rabote-v-lichnom-kabinete-specialista/#cz713>



ПОРТАЛ НЕПРЕРЫВНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО  
И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
МИНЗДРАВА РОССИИ

Нормативно-правовая база    Специалистам    Организациям    Справочные материалы

Личный кабинет

---

ВОПРОСЫ ПО ТЕХНИЧЕСКИМ ПРОБЛЕМАМ

ВОПРОСЫ ПО РАБОТЕ В ЛИЧНОМ КАБИНЕТЕ СПЕЦИАЛИСТА

ВОПРОСЫ О СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ВОПРОСЫ ПО РАБОТЕ В ЛИЧНОМ КАБИНЕТЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Вопросы-ответы > Вопросы по работе в личном кабинете специалиста



## Часто задаваемые вопросы по работе в личном кабинете специалиста

На данной странице размещены ответы на вопросы по работе в личном кабинете, которые наиболее часто возникают у пользователей при работе на Портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

## Как добавить/выбрать образовательное мероприятие?

### ОТВЕТ:

Перейдите в раздел «Мой план» (если у вас несколько специальностей, с левой стороны в графе «Мои пятилетние циклы») выберите соответствующий пятилетний цикл, в рамках которого Вы хотите запланировать обучение), нажмите кнопку «Добавить элементы», на верхней панели выберите вкладку «Образовательные мероприятия». В верхней части таблицы и на боковой панели размещены фильтры, Вы можете воспользоваться ими для поиска интересующего Вас образовательного мероприятия. Нажмите на строку с названием нужного мероприятия, откроется страница с информацией о мероприятии, с правой стороны нажмите кнопку «Включить в план».

## Как внести код подтверждения участия в образовательном мероприятии?

### ОТВЕТ:

Для активации кода подтверждения перейдите на страницу «Мой план» (если у вас несколько специальностей, с левой стороны в графе «Мои пятилетние циклы» выберите соответствующий пятилетний цикл), нажмите кнопку «Добавить элементы», на верхней панели выберите вкладку образовательного элемента «Образовательные мероприятия» и с помощью фильтра найдите нужное. Нажмите на строку с названием мероприятия, откроется страница с информацией о нем, на которой Вы сможете добавить мероприятие в план и ввести код подтверждения. Для этого нажмите кнопку «Включить в план», а затем кнопку «Ввести код подтверждения». Введите код подтверждения в пустую строку и нажмите кнопку «Проверить код».

**Обращаем ваше внимание**, что код подтверждения проходит проверку в течение суток после его активации в личном кабинете Портала.

## Как добавить в план цикл по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации?

### ОТВЕТ:

Перейдите в раздел «Мой план» (если у вас несколько специальностей, с левой стороны в графе «Мои пятилетние циклы» выберите соответствующий пятилетний цикл, в рамках которого Вы хотите запланировать обучение), нажмите кнопку «Добавить элементы» и перейдите на страницу поиска образовательных элементов. На верхней панели выберите вкладку «Программы повышения квалификации». В верхней части таблицы и на боковой панели размещены фильтры, Вы можете воспользоваться ими для поиска нужной дополнительной профессиональной программы повышения квалификации (ДПП ПК). Нажмите на строку с интересующей Вас программой, откроется страница с подробной информацией о ней. Нажмите кнопку «Включить в план» и выберите цикл с подходящей датой обучения, нажав на ссылку «Сформировать». Откроется форма «Заявка на обучение по ДПП ПК». После ее заполнения нажмите кнопку «Сформировать», распечатайте заявку и подпишите ее лично или у работодателя.

**ВАЖНО!** Заявка на обучение на цикл по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации, сформированная в Личном кабинете специалиста, не является гарантией зачисления на обучение, а представляет собой информацию для образовательной организации о потребности специалиста в обучении.

---

## НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ «СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

2021, № 25

---

Подписано в печать 18.10.2021. Формат 60 x 84 1/8. Бумага офсетная. Печать офсетная.  
Объем 4,25 уч.-изд. л.; 4,25 усл. печ. л. Тираж 500 экз. Заказ № 6245

E-mail: [marinatsu35@gmail.com](mailto:marinatsu35@gmail.com)

Отпечатано с готового оригинал-макета  
ТИПОГРАФИЯ ООО «ГАЛАНИКА»  
г. Санкт-Петербург, ул. Правды, д. 15  
Тел.: (812) 670-56-88, [galanika@list.ru](mailto:galanika@list.ru), [www.galanika.com](http://www.galanika.com)