

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі
Алматы қаласы Қоғамдық денсаулық басқармасының
ШЖҚ КМК «Жоғары медициналық колледжі»

ҚАЗАҚСТАН
ТӘУЕЛСІЗДІГІНЕ

30 ЖЫЛ

РУХАНИ
ЖАҢҒЫРУ



*«Мейіргерлік білім беру мен
практиканы дамытудың заманауи
мәселелері мен перспективалық
бағыттары» атты Халықаралық
ғылыми-практикалық конференция
материалдарының
ЖИНАҒЫ*

Алматы, 2021

**Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі
Алматы қаласы қоғамдық денсаулық Басқармасының ШЖҚ
КМК «Жоғары медициналық колледжі»**

**Министерство здравоохранения Республики Казахстан
КГП на ПХВ «Высший медицинский колледж»
Управления общественного здоровья города Алматы**

**The Ministry of Health Service of the Republic of Kazakhstan
PSE on REM «Higher Medical College» Department of Public Health
of Almaty**

**«Мейіргерлік білім беру мен практиканы дамытудың заманауи
мәселелерімен перспективалық нурибағыттары» атты
Халықаралық ғылыми-практикалық конференция
материалдарының
ЖИНАҒЫ.**

**СБОРНИК
материалов международной научно-практической конференции
«Современные проблемы и перспективные направления
развития сестринского образования и практики».**

**MATERIALS
of the International Scientific -practical Conference "Contemporary
problems and perspective directions of development of nursing
education and practice»**

Алматы, 2021

УДК 614.213

ББК 51.1(2)

М40

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Султангазиева С.Е. – директор КГП на ПХВ «Высший медицинский колледж»УЗ г.Алматы, к.м.н.

Нурланова Р.Б.– консультант РВМК, председатель учебно-методического совета ОЮЛ «Союз медицинских колледжей»

Алибекова Л.Д. – заместитель директора по учебно-воспитательной работе, магистр общественного здравоохранения

Ердесова Г.К. – и.о.руководителя учебно-методического центра

Амрина Г.А. – руководитель научно-методического отдела, магистр педагогических наук

Адамсопы Т.Б. – методист, магистр педагогических наук

Байдильдаева М. Б. – ведущий специалист по методической работе учебно-методического центра, магистр общественного здравоохранения

М40«Мейіргерлік білім беру мен практиканы дамытудың заманауи мәселелері мен перспективалық бағыттары» атты Халықаралық ғылыми-практикалық конференция материалдарының жинағы.=Сборник материалов международной научно-практической конференции «Современные проблемы и перспективные направления развития сестринского образования и практики». = Materials of the International Scientific -practical Conference "Contemporary problems and perspective directions of development of nursing education and practice» - Алматы: Жоғары медициналық колледж, 2021ж. - Алматы: Высший медицинский колледж, 2021г. – Almaty: High Medical College, 2021.

Колледждің 40 жылдығына арналған Халықаралық конференцияның материалдар жинағында мейіргер ісі мамандарын даярлаудың мәселелері мен перспективалары, білім беру мен денсаулық сақтаудағы инновациялық технологиялар, әлемдік тәжірибелер мен әріптестік мәселелері, мейіргер ісі мамандарын практикалық оқытуды ұйымдастыру мәселелері қаралды.

В настоящем сборнике материалов Международной конференции, посвященной 40-летию колледжа, рассмотрены проблемы и перспективы подготовки специалистов сестринского дела, инновационные технологии в образовании и здравоохранении, вопросы мирового опыта и партнерства, организация практического обучения специалистов сестринского дела. Материалы сборника представлены в авторской редакции.

УДК 614.213

ББК 51.1(2)

ISBN 978-601-08-0605-4

© Высший медицинский колледж УОЗ г.Алматы, 2021

МАЗМУНЫ | СОДЕРЖАНИЕ

Секция 1. Көшбасшылык: мейіргер қызметін басқарудың жаңа тәсілдері
Секция 1. Лидерство: новые подходы к управлению сестринской службой
Section 1. Leadership: new approaches to nursing service management

1.	QUALITY CLINICAL MENTORSHIP FOR NURSING STUDENTS: DIMENSIONS AND THEIR PRACTICAL IMPLICATIONS	
	<i>Olga Riklikienė</i>	8
2.	СЕСТРЫ НА СТРАЖЕ В ДОСТИЖЕНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	
	<i>Южик С.Ф.</i>	12
3.	ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ	
	<i>Айтакунова Э.Н.</i>	23
4.	ЖАҢА ЗАМАНҒЫ МЕЙІРГЕРДІҢ ҚЫЗМЕТІН БАСҚАРУДАҒЫ КӨШБАСШЫЛЫҚ	
	<i>Ә.Қ. Әлімжанова</i>	28
5.	МЕЙІРГЕРЛІК БІЛІМ БЕРУ ЖҮЙЕСІ ЖӘНЕ МЕЙІРГЕРЛІК ТӘЖІРИБЕДЕГІ КӨШБАСШЫЛЫҚ	
	<i>А.Д. Бижанова</i>	31
6.	МЕЙІРБІКЕ ІСІ САЛАСЫНДАҒЫ ЗЕРТТЕУЛЕРДІ ДАМУ ТУРАЛЫ МӘСЕЛЕСІ	
	<i>Г.Б. Әсілбекова</i>	35
7.	КӨШБАСШЫЛЫҚ: МЕЙІРГЕР ҚЫЗМЕТІН БАСҚАРУДЫҢ ЖАҢА ТӘСІЛДЕРІ	
	<i>П.А. Каражигитова</i>	38
8.	МЕЙІРГЕР ІСІНДЕ КӨШБАСШЫЛЫҚҚА ОҚЫТУ САЙТТАРЫ ЖӘНЕ МЕЙІРГЕРЛЕРДІҢ САЙТТАРДЫ ҚОЛДАНА БІЛУІ	
	<i>А.Қ. Абдан, А.Т. Сагидулла</i>	43
9.	НОВЫЕ ПОДХОДЫ УПРАВЛЕНИЯ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ	
	<i>Ажеева К.С.</i>	46
10.	ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ В УСЛОВИЯХ ПМСП	
	<i>Махпирова Н.А.</i>	50
11.	СЕСТРИНСКИЙ ТРИАЖ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	
	<i>Омашбекова А.М.</i>	54
12.	БЕЗОПАСНОЕ ОКАЗАНИЕ ИСКУССТВЕННОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТУ. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР	
	<i>Абабкова М.А.</i>	56
13.	МЕТОДОЛОГИЯ ТРЕЙСЕРА: КАК ОЦЕНИТЬ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
	<i>Абабкова М.А.</i>	68
14.	ЛИДЕРСТВО И ВЛАСТЬ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ	
	<i>Пасько Г.А.</i>	72

Секция 2. Медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз етудегі мейіргердің рөлі. Патронаждық қызметті дамыту.

Секция 2. Роль медицинской сестры в обеспечении качества и безопасности медицинской помощи. Развитие патронажной службы.

Section 2. The role of a nurse in ensuring the quality and safety of medical care. Development of the patronage service.

1.	МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ САПАСЫ МЕН ҚАУІПСІЗДІГІН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДЕГІ МЕЙІРГЕРДІҢ РӨЛІ. ПАТРОНАЖДЫҚ ҚЫЗМЕТТІ ДАМУ <i>М.У. Атагарова, С.Ж. Лаикова.....</i>	84
2.	МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ САПАСЫ МЕН ҚАУІПСІЗДІГІН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДЕГІ ПАТРОНАЖДЫҚ МЕЙІРГЕРДІҢ РӨЛІ <i>К.К. Касимова, М.Ф. Байдалиева.....</i>	90
3.	САПАЛЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУДЕГІ СИМУЛЯЦИЯЛЫҚ ОҚЫТУДЫҢ МАҢЫЗЫ <i>А.А. Куздыбаева, Г.С. Тукешова.....</i>	95
4.	ПАТРОНАЖ МЕЙІРБИКЕСІНІҢ ЖАҢА РӨЛІ <i>Успанова Н.Ж.</i>	100
5.	МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ ҚАУІПСІЗДІГІН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДЕГІ МЕДБИКЕЛЕРДІҢ РӨЛІ <i>В.И. Тлеулесова, Ж.Б. Динашова.....</i>	106
6.	РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ <i>Кучерова И.В., Мунасыпова Д.Р., Кажыкумарова Г.С.....</i>	109
7.	РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В НАБЛЮДЕНИИ И УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ <i>Уразалиева В.У., Худасова Г.Е.....</i>	114
8.	МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ САПАСЫ МЕН ҚАУІПСІЗДІГІН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДЕГІ МЕЙІРГЕРДІҢ РӨЛІ. ПАТРОНАЖДЫҚ ҚЫЗМЕТТІ ДАМУ <i>А.И. Тұрсын, М.С. Тукибаева, М.Б. Аренова.....</i>	117
9.	ЕМХАНАДАҒЫ ПАТРОНАЖДЫҚ ҚЫЗМЕТТІ ДАМУДАҒЫ МЕЙІРГЕРДІҢ РӨЛІ <i>А.Е. Савдашева, А.М. Тубагабилова.....</i>	122
10.	МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ САПАСЫ МЕН ҚАУІПСІЗДІГІН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДЕГІ МЕЙІРГЕРДІҢ РӨЛІ. ПАТРОНАЖДЫҚ ҚЫЗМЕТТІ ДАМУ <i>Н. Жарылқасын, С.М. Абамусиламовна, Г.А. Жарылқасынова.....</i>	126
11.	ӘР ТҮРЛІ ОҚЫСТЫҚ ЖАҒДАЙЛАРДА БАЛАЛАРҒА КҮТІМ КӨРСЕТУ КЕЗІНДЕГІ ПАТРОНАЖДЫ МЕЙІРГЕРДІҢ РӨЛІ <i>А.Н. Әбдірәсіл.....</i>	131
12.	РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ОБРАЗОВАНИИ И НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ <i>Копбаева Ж.Ж., Бектасова Ж.Е.....</i>	135

Секция 3. Мейіргерлік білім және мейіргерлік зерттеулер. Мейіргер ісінің ғылыми зерттеулер мен білім берудегі рөлі.

Секция 3. Сестринское образование и сестринские исследования. Роль сестринского дела в образовании и научных исследованиях

Section 3. Nursing education and nursing research. The role of nursing in education and research

1.	ОРГАНИЗАЦИЯ ДУАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ <i>Алибекова Л.Д., Клемина Т.В.</i>	140
2.	MIRACLE ELIXIR: HARM AND BENEFIT» <i>Амрина Г.А., Омарова М.М., Джамалдинова З.Б., Еркінов Қ.Е.</i>	145
3.	РОЛЬ НАСТАВНИЧЕСТВА В РАЗВИТИИ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА <i>Молдабаева Ә.Б.</i>	149
4.	ОБ ОРГАНИЗАЦИИ НАУЧНО-ПОИСКОВОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ И ЕЕ АКТУАЛЬНОСТИ <i>Карбаева М.С.</i>	151
5.	РАЗРАБОТКА СОСТАВА СБОРА МОЧЕГОННОГО ДЕЙСТВИЯ ИЗ ОТЕЧЕСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ <i>Клемина Т.В.</i>	155
6.	МЕЙІРГЕРЛІК БІЛІМ БЕРУДЕ ІС-ӘРЕКЕТТЕРДІ ЗЕРТТЕУДІ ҚОЛДАНУ <i>А.А. Орынбай, З.М. Бурибекова.</i>	161
7.	МЕЙІРГЕРЛІК ІСТЕ БІЛІМ БЕРУ МЕН ҒЫЛЫМИ ЗЕРТТЕУЛЕРДЕГІ ДӘЛЕЛДІ ТӘЖІРИБЕНІҢ МАҢЫЗЫ <i>Т.Қ. Назарқұлова.</i>	166
8.	МЕЙІРГЕР ІСІНІҢ ҚОЛДАНБАЛЫ БАКАЛАВРЛАРЫН ДАЙЫНДАУДАҒЫ МЕЙІРГЕР ҚҰЗЫРЕТТЕРІНІҢ НЕГІЗГІ БАҒЫТТАРЫ <i>М.Ф. Байдалиева, А.Д. Бижанова, К.К. Касимова, М.Т. Көшкінбаева.</i>	168
9.	ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ <i>Индершиева Е.В., Жарылкасынова С.К., Оңалтай Э.Б.</i>	172
10.	МЕЙІРГЕР ІСІ БОЙЫНША ҚОЛДАНБАЛЫ БАКАЛАВРИАТ СТУДЕНТТЕРІНІҢ КОММУНИКАТИВТІК ДАҒДЫЛАРЫН ДАМЫТУ <i>Б.Р. Бабаешева.</i>	176
11.	РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Гусейнова Н.А.</i>	182
12.	ВЫПОЛНЕНИЕ БУДУЩИМИ МЕДИЦИНСКИМИ СЕСТРАМИ ПРОЕКТА ПО СОХРАНЕНИЮ И УКРЕПЛЕНИЮ СОБСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ: МЕДИЦИНСКИЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТЫ <i>Левина И.А., Костылева Е.О.</i>	186
13.	ПОНИМАНИЕ СУЩНОСТИ РЕФОРМ СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ. ГЛАВНЫЕ ЗАДАЧИ И ПРОБЛЕМЫ В ПОДГОТОВКЕ ПЕРСОНАЛА СРЕДНЕГО ЗВЕНА <i>Омашбекова А.М.</i>	191
14.	ИССЛЕДОВАНИЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В КАЗАХСТАНЕ <i>Турганбаева М.М.</i>	194
15.	ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ НАРЫҒЫНДАҒЫ ФТОРХИНОЛОНДАР ТОБЫНЫҢ	

	ПРЕПАРАТТАРЫНА МАРКЕТИНГТІК ТАЛДАУ ЖАСАУ	
	<i>Б.А. Досжанова, М.С. Карбаева.....</i>	200
16.	СЕТРИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ОБРАЗОВАНИИ И НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ	
	<i>Абдильдаева К.Л., Акбаева Г.А.....</i>	204
17.	МЕЙПРГЕРЛІК БІЛІМ ЖӘНЕ МЕЙПРГЕРЛІК ЗЕРТТЕУЛЕР	
	<i>А.А. Аманова, Б.Р. Давибаева.....</i>	207
18.	ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ	
	<i>Кучерова И.В., Какен Т.К.....</i>	212
19.	«ЕРЕСЕК СТУДЕНТТЕРГЕ» КӘСІБИ ШЕТ ТІЛІН ОҚЫТУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	
	<i>Г.А. Амрина, З.Б. Джамалдинова.....</i>	218
20.	ЗНАЧЕНИЕ СВОЕВРЕМЕННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ДО 18 ЛЕТ С РАЗЛИЧНЫМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	
	<i>Бейскулова Э.Т., Кучерова И.В., Кожалимова А. Ч.....</i>	221
21.	ТЕНДЕНЦИИ МОДЕРНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА	
	<i>Алтыбаева Л.Д.....</i>	226
22.	ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПЕДИАТРИИ	
	<i>Уразалиева В.У., Атанбекова Н.Д.....</i>	231
23.	МЕДИЦИНА КОЛЛЕДЖІНІҢ ТАРИХЫ ТЕРЕҢДЕ!	
	<i>Турлыбаева Г.Б.....</i>	234
24.	«МЕЙПРГЕР ІСІ» МАМАНДАРЫН ҚАШЫҚТАН ОҚЫТУ КЕЗІНДЕГІ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ТӘСІЛДІҢ МОДЕЛІ РЕТІНДЕ «MICROSOFT TEAMS» САНДЫҚ ПЛАТФОРМАСЫН ҚАРАҒАНДЫ ЖОҒАРЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ИНТТЕРКОЛЛЕДЖІНЕ ЕНГІЗУ	
	<i>Т.Б. Жапбасова, А.Б. Джумашева.....</i>	238
25.	ЕРТЕ ЖҮКТІЛІКТІҢ АЛДЫН АЛУ	
	<i>Б.У. Жусипалиева.....</i>	241
26.	ЖҮРЕК ҚАН-ТАМЫРЛАРЫ БҰЗЫЛҒАН КЕЗДЕГІ МЕЙПРГЕРЛІК ҮРДІСТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ. ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ.	
	<i>О.М. Миркадыр, А.А. Жұмабаева.....</i>	245
27.	МЕЙПРГЕР ҚЫЗМЕТІН БАСҚАРУДАҒЫ КӨШБАСШЫЛЫҚ	
	<i>Г.А. Алтыбаева.....</i>	250
28.	ЗАРАРСЫЗДАНДЫРУ. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН ЗАРАРСЫЗДАНДЫРУ ЕРІТІНДІЛЕРІ.	
	<i>А.А. Жумабаева.....</i>	254
29.	ИННОВАЦИОННАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ	
	<i>Байдильдаева М.Б.....</i>	259
30.	ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОБУЧЕНИЯ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ	
	<i>Иманбек Б. К., Жамакурова А. Н.....</i>	263
31.	АЛМАТЫ Қ. ДСБ ЖОҒАРЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КОЛЛЕДЖІНДЕ ИНКЛЮЗИВТІ БІЛІМ БЕРУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ	
	<i>К.О. Султанбекова, А.Н. Нургожа.....</i>	266

32.	«ГЛОССАРИЙ» КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ МЕТОДОЛОГИИ БАЗОВОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	
	<i>Ветлугина С.Н.</i>	271
33.	МЕЙПРГЕР ІСІНДЕГІ ҒЫЛЫМИ ЗЕРТТЕУ ЖҰМЫСЫ	
	<i>Халелова А.Е.</i>	274
34.	CLINICAL DECISION MAKING IN NURSING BASED ON LITERATURE REVIEW	
	<i>Коргасбекова Ж.Р.</i>	276
35.	«ЖАЛПЫГУМАНИТАРЛЫҚ ПӘНДЕР» ЦӘК ОРТА БУЫНДЫ МЕДИЦИНА МАМАНДАРЫН ДАЙЫНДАУҒА ҚОСҚАН ҮЛЕСІ	
	<i>А.Н. Далибаева.</i>	283
36.	МЕДИЦИНАЛЫҚ КОЛЛЕДЖДЕГІ КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕРДІ ҚАШЫҚТЫҚТАН ОҚЫТУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	
	<i>А.А. Шинибаева.</i>	288
37.	ПРОВЕДЕНИЕ ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕКТРОННОЙ ПЛАТФОРМЫ В ВЫСШЕМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ	
	<i>Алибекова Л.Д., Надирбекова А.О., Симоненко А.А., Жапаров Э.Ж.</i>	291

**СЕКЦИЯ 1. КӨШБАСШЫЛЫҚ: МЕЙІРГЕР ҚЫЗМЕТІН БАСҚАРУДЫҢ
ЖАҢА ТӘСІЛДЕРІ**

**СЕКЦИЯ 1. ЛИДЕРСТВО: НОВЫЕ ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ
СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБОЙ**

**SECTION 1. LEADERSHIP: NEW APPROACHES TO NURSING SERVICE
MANAGEMENT**

**QUALITY CLINICAL MENTORSHIP FOR NURSING STUDENTS:
DIMENSIONS AND THEIR PRACTICAL IMPLICATIONS**

Olga Riklikienė,

*Professor in Nursing, Nursing and Care Department, Faculty of Nursing, Lithuanian
University Of Health Sciences, Kaunas, Lithuania*

Abstract. *It is clearly recognized that mentorship in nursing is essential for balancing academic and clinical competencies of student nurses and closing theory-practice gap. The recognition of the importance of clinical training for the overall education of nursing students requires us to determine the main quality dimensions of mentorship in nursing and consider their practical implication. The aim of this article is to discuss quality dimensions of mentorship in nursing, their importance for nurses' training and practical implications.*

Аннотация: *Общепризнано, что наставничество в области сестринского дела имеет важное значение для сбалансирования академических и клинических компетенций студентов-медсестер и устранения разрыва между теорией и практикой. Признание важности клинической подготовки для общего образования студентов-медсестер требует от нас определения основных качественных аспектов наставничества в области сестринского дела и рассмотрения их практического значения. Цель этой статьи - обсудить качественные аспекты наставничества в сестринском деле, их важность для подготовки медсестер и практическое значение.*

Keywords: clinical training, competence, education, mentorship, nursing students.

Introduction

The quality of clinical training of nursing students very much depends on the clinical learning environment, teaching and learning goals and outcomes, motivation of students and the competence of mentor.

The competence of mentor is reflected in his/her performance and establishment of a successful and effective working relationships, the evaluation of student's learning, the development of a supportive teaching/learning environment and the guidance based on evidence-based practice (Tuomikoski et al., 2018).

The continuous personal development of nurses and the transfer of their professional knowledge to others through mentorship is a key factor for being a competent professional in the field. In European countries and worldwide different mentorship models have been applied and provision made for the formal preparation of qualified nurses to act as mentors in the clinical learning environment.

The aim of this article is to discuss quality dimensions of mentorship in nursing and their importance for nurses' training.

Quality dimensions of mentorship in new paradigm of nursing

During the last three decades nursing education underwent the reforms in many countries, especially in those that changed their political, economic and social systems since 1990. Lithuania is one of such countries.

In nursing education, the significant efforts were applied to change inappropriate and outdated approaches and to develop new educational practices that better meet students' needs and strengthen nurses' identity (Antohe et al. 2015). It was clearly recognized that mentorship in nursing is essential for balancing academic and clinical competences of student nurses and closing theory-practice gap.

On the other hand, nursing practice is rapidly changing and nursing education should follow those changes. The complicated health care, nursing shortage, high-tech, expansion of science requires higher nursing competences and innovative ways of education.

The purpose of nursing education is to develop nursing students' competences of practical reasoning, clinical decision making, critical thinking, technical skills, effective interpersonal relationship (Spurr et al. 2010). Traditional nursing competences are still valid; student nurses need to learn how to apply them creatively in present health care system.

Nursing educators at theoretical part of the program constantly renew the teaching material, implement more advanced teaching and assessment methods. In parallel, clinical training also requires changes and advances. Professional competences of student are developed gradually by expanding his/her individual experience in clinical practice. Students' competences increase when clinical training 'readily adapts to and reflects the changing context in which nursing practice occurs' (Ironsides, McNelis, 2011). Understanding of professional activity supports learning outcomes and assures purposeful professional motivation for student nurse.

The recognition of the importance of clinical training for the overall education of nursing students requires us to determine the main quality dimensions of mentorship in nursing and consider their practical implication. Those dimensions are:

- Program of clinical learning: aims and outcomes
- Models of mentorship in nursing
- Participants and their roles
- Collaboration and communication
- Clinical learning environment
- Inter-institutional collaboration
- Research

The program of clinical learning of nursing students should be realistic and that means it has to relate to the professional qualification, competence and future activity of graduates. Clinical training of students needs a close connection with the overall nursing study program where theory and practice is linked. The program has to be familiar not only for higher education institution (HEI) staff but for all participants of clinical learning (mentors, nursing administrators, students). Clinical

training goals and aims have to guarantee the increasing independency of student nurse through the study process. Finally, mentorship process should be outcomes-directed.

There are different *models of mentorship in nursing*. In some countries educators from HEI are very much involved in clinical training of students while in other countries the major responsibility for this is carried on by clinical mentors. The individual, peer or group supervision may be applied for nursing students' clinical training.

In the Lithuanian study with 319 student nurses (response rate - 84%) who had their practical placement at a university hospital, the individual approach toward student nurse supervision was more appreciated by students (Riklikiene, Nalivaikiene, 2013). According to the model of supervision – group or individual – students with an individual mentor rated all the aspects of pedagogical atmosphere on the ward better in comparison with those students who noted that they had no supervision at all and worked with all staff members in the unit ($P < 0.05$). Individually supervised student nurses more often felt a positive atmosphere, were comfortable going to the unit at the beginning of the shift, and met the staff who learned to know the students by their personal names and were generally interested in students' supervision.

Tripartite *interaction between the mentor, student and nurse teacher* in the clinical learning environment enhances the professional growth and learning of the student. Nurse teachers from universities and colleges monitor compliance of clinical training with overall outcomes of nursing program. They also assess the transferability of theoretical part of the program into practical training and make changes of teaching theory.

Absence of tutor (HEI teacher that is responsible for clinical training of student) increases students' dissatisfaction with clinical training. Students appreciate tutor's participation when they face the conflict situations with mentor or when they are lacking support from nursing staff and administration.

The role of mentors is to support student and create positive experience of clinical learning through trust and respect-grounded relationship. Approachable, supportive and trusted mentor reinforces student's self-esteem and confidence (Datilo, 2009), learning capacity and motivation (Levett-Jones ir kt, 2007).

Ward nursing managers are responsible for the organization of clinical training, create positive atmosphere for learning and also participate in student's assessment process. Patients are those who can informally contribute to nursing students' learning and assessment.

The educators, tutors, ward managers and clinical mentors have to create positive conditions for students' continuous learning and professional development. The trust and respect-based mentor–student relationship is important to achieve openness and mutual understanding in the assessment process. Feedback of mentor and other staff is a 'condition for progressive learning' (Clynes, Raftery, 2008).

The positive *clinical learning environment* secures effective and enriched learning experience where student is valued, interested and supported (Spurr ir et.

2010). Educational audit can serve for assessing teaching/learning conditions at practical placement. The main checking points are: what are institutional requirements for nursing care (level of excellence)? What are learning conditions (human and time resources)? What are the learning opportunities (cases, development of critical thinking, decision making and teamwork skills)? What are the principles underpinning clinical training of students at health care institution?

Inter-institutional collaboration may be assured by integrated models. Bilateral practical experience where teachers are nurses and nurses are teachers was used previously very much. Now when responsibilities of nurses and educators expand, it is not always easy to merge those two duties. Teachers and clinical nurses may share of responsibility and participation if they are involved in HEI or hospital activities (general committees, sharing decisions, participation in study process and nursing practice).

Finally, the development of mentorship in nursing through the *research* when the main problems are detected, investigated and evidence-based solutions are provided. Different aspects of nursing students' supervision at clinical placement may be assessed during research studies: quality of practical placement and its environment; the effect of rotation among different settings; the effect of duration at clinical skills lab before clinical training; forms of student's support and mentorship models; ways of student's communication and interaction with staff; practical conditions to develop students' (and mentors') competences of reflective practice, feedback, critical thinking; expanding of cultural competences of student nurses at clinical learning environment, and others

Conclusions

Clear description and acknowledgement of learning outcomes for clinical training bring transparency and clarity for each clinical training participant. A program of clinical training that specifically is prepared for each clinical training period for student nurses helps to set and clarify teaching goals and learning outcomes as well as assessment methods prior to the beginning of clinical practice. Positive clinical learning environment and its monitoring improves students' satisfaction and learning results. Shared responsibilities and communications across key academics, clinical professionals and institutions help the better coordination of clinical training process. Evidence based education requires to conduct the research on mentorship in nursing in order to collect data and provide relevant solutions.

Special pedagogical competences of mentors are crucial and should be developed by HEI through continuing professional development of nurses. For that HEI should invest into training and competence development of mentors by offering courses on how to supervise nursing students during their clinical training.

References

1. Antohe, I., Riklikiene, O., Tichelaar, E., & Saarikoski, M. (2016). Clinical education and training of student nurses in four moderately new European Union countries: Assessment of students' satisfaction with the learning

- environment. *Nurse education in practice*, 17, 139–144. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.12.005>
2. Clynes, M. P., & Raftery, S. E. (2008). Feedback: an essential element of student learning in clinical practice. *Nurse education in practice*, 8(6), 405–411. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.003>
 3. Dattilo J, Brewer MK, Streit L. Voices of experience: reflections of nurse educators. *J Contin Educ Nurs*. 2009 Aug;40(8):367-70. doi: 10.3928/00220124-20090723-02. PMID: 19681574.
 4. Ironside, P. M., & McNelis, A. M. (2011). Transforming clinical education. *The Journal of nursing education*, 50(3), 123–124. <https://doi.org/10.3928/01484834-20110216-01>
 5. Levett-Jones, T., Lathlean, J., Maguire, J., & McMillan, M. (2007). Belongingness: A critique of the concept and implications for nursing education. *Nurse education today*, 27(3), 210–218. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.05.001>
 6. Riklikiene, O., Nalivaikiene, R. (2013). Student nurses' assessment of pedagogical atmosphere on the ward during practical placement at a University Hospital in Lithuania. *NERP*, 5, 182-188.
 7. Saarikoski, M. (2002). Clinical Learning Environment and Supervision. Development and validation of the CLES evaluation scale. Doctoral dissertation. *Annales Universitatis Turkuensis*, University of Turku
 8. Spurr, S., Bally, J., & Ferguson, L. (2010). A framework for clinical teaching: A passion-centered philosophy. *Nurse education in practice*, 10(6), 349–354. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.05.002>
 9. Tuomikoski, A. M., Ruotsalainen, H., Mikkonen, K., Miettunen, J., & Kääriäinen, M. (2018). The competence of nurse mentors in mentoring students in clinical practice - A cross-sectional study. *Nurse education today*, 71, 78–83. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.008>

СЕСТРЫ НА СТРАЖЕ В ДОСТИЖЕНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

ЮЖИК С.Ф.,

*главный внештатный специалист
Министерства здравоохранения Республики Беларусь по организации работы
медицинских работников со средним специальным медицинским и
фармацевтическим образованием, председатель Белорусского общественного
объединения медицинских сестер, зав. отделением сестринского ухода
Больницы паллиативного ухода «Хоспис»
Республика Беларусь, город Минск*

В системе здравоохранения Республики Беларусь специалисты со средним специальным медицинским образованием являются самым многочисленным кадровым ресурсом.

Сестринское дело является важнейшей составной частью системы здравоохранения Республики Беларусь и располагает значительными кадровыми, материально-техническими ресурсами для обеспечения доступной, эффективной и экономически обоснованной медицинской помощи населению.

По данным ведомственной статистической отчетности Министерства здравоохранения Республики Беларусь по состоянию на 1 января 2021 года в системе здравоохранения Республики Беларусь:

работают **114085** специалистов, имеющих среднее специальное медицинское образование.

В стационарных организациях работают 46455 специалистов, в амбулаторно-поликлинических организациях – 51512 и в учреждениях образования, в аппаратах органов управления, научных организациях – 316

Количество средних медицинских работников имеют возраст старше трудоспособного 15290 (13,4%).

Из численности работников, имеющих среднее специальное образование по профилю образования «Здравоохранение», занимающих должности медицинских работников:

- Заведующие (начальники) структурными подразделениями – 1687;
- главные медицинские сестры – 625;
- старшие медицинские сестры – 5782;
- работники, находящиеся в социальных отпусках по беременности и родам, по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет -9939;
- молодые специалисты – 6395.

Обеспеченность специалистами со средним специальным медицинским и фармацевтическим образованием населения (на 10 тысяч населения) в Республике Беларусь составляет 120,6.

В 2020 году численность медицинских сестер, оказывающих медицинскую помощь в стационарных подразделениях организаций здравоохранения, составила 40536 человека (52,08 % от общей численности медицинских сестер, занимающих должности средних медицинских работников), в амбулаторно-поликлинических подразделениях организаций здравоохранения занято 34 218 медицинские сестры (43,96 %).

Наибольшее число медицинских сестер работают в организациях здравоохранения г. Минска (16 587 человек – 21,47 % от общей численности медицинских сестер), Гомельской области (11949 человека – 15,41 %), Брестской области (11 666 человека – 15,1 %) и Минской области (10295 человека – 13,3 %).

Наименьшая численность медицинских сестер в Витебской области (9856 человека – 12,16 %), Гродненской области (8824 человек – 11,4 %) и Могилевской области (8 648 человека – 11,2 %).

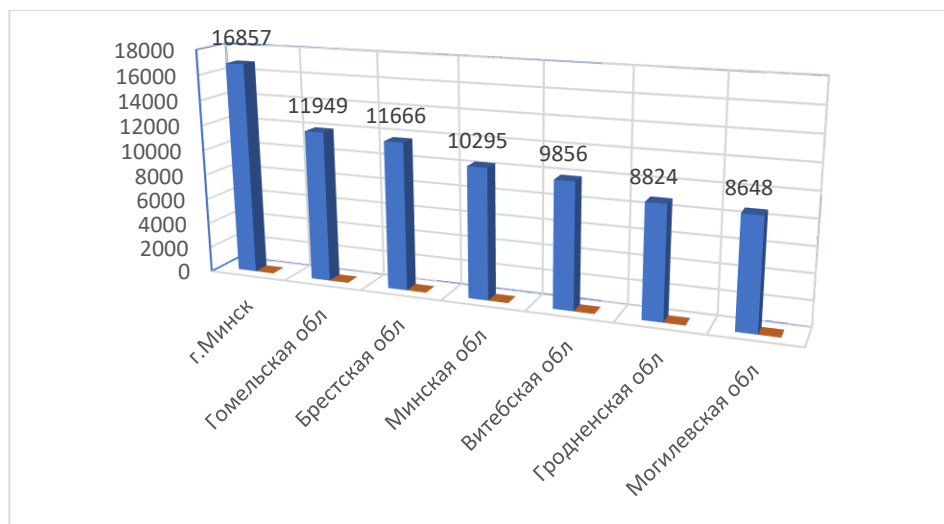


Рисунок 1. Информация о численности медицинских сестер, работающих в организациях здравоохранения Республики Беларусь

Старение населения отразилось на возрастном составе медицинских сестер: 14,24 % медицинских сестер со средним специальным медицинским образованием имеют возраст старше трудоспособного.

В течение последних трех лет отмечается снижение численности медицинских сестер со средним специальным образованием, занимающих должности средних медицинских работников: 2020 год – 77827, 2019 год – 79 186 человек, 2018 год – 79 380 человек, 2017 год – 79 509 человек.

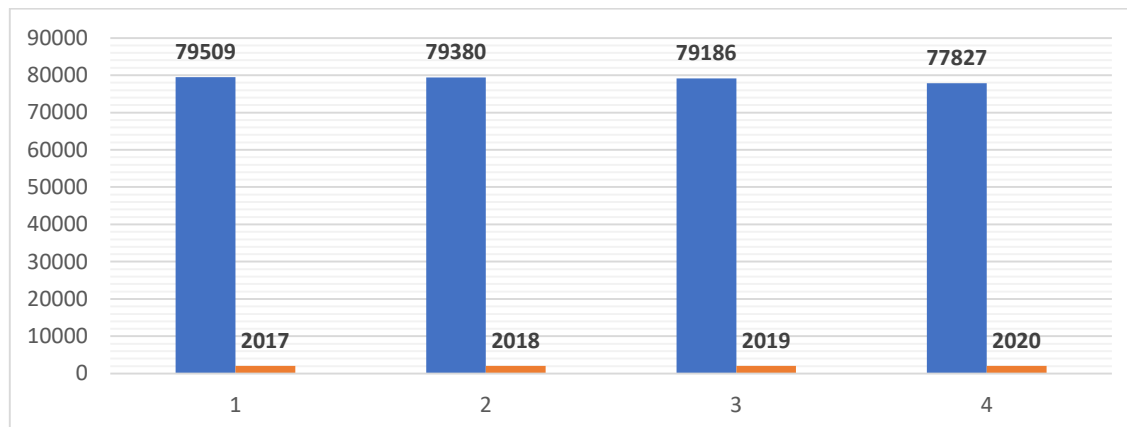


Рисунок 2. Информация о количестве медицинских сестер, занятых на должностях средних медицинских работников в организациях здравоохранения Республики Беларусь

Укомплектованность сестринским персоналом в 2020 году достигла 96,1%.

Соотношение численности врачей и специалистов со средним специальным медицинским образованием составляет 1:2,34. Вместе с тем по рекомендациям Всемирной организации здравоохранения для эффективного функционирования и развития системы здравоохранения соотношение между врачами и медицинскими сестрами должно находиться в диапазоне 1:4 – 1:5.

В организациях здравоохранения работают 90694 средних медицинских работников, имеющих квалификационные категории: высшую – 19723 человек;

первую – 45667; вторую – 25304. Удельный вес специалистов со средним специальным медицинским образованием, имеющих квалификационную категорию, составляет 79,5 %.

Стратегической целью регионального развития здравоохранения Республики Беларусь является уменьшение существующих различий между регионами по уровню обеспечения медицинскими услугами.

Для достижения этой цели в здравоохранении областей реализован ряд мероприятий по улучшению качества и доступности медицинской помощи населению, в том числе в рамках проведения Года малой родины.

В целях реализации задач, определенных Государственной программой «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы Министерством здравоохранения, совместно с главными управлениями здравоохранения облисполкомов и комитетом по здравоохранению Мингорисполкома в 2020 году продолжена работа по внедрению института врача общей практики в команде с помощником врача и медицинской сестрой в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения во всех регионах.

В Республике в амбулаторно-поликлинических учреждениях работает помощников 3142, количество медицинских сестер общей практики 3892.

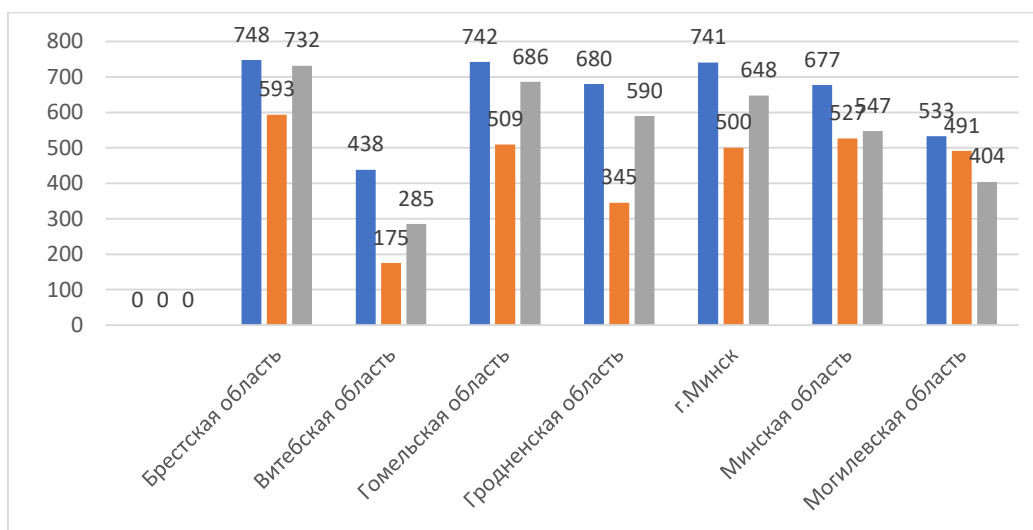


Рисунок 3. Информация о количестве специалистов, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в организациях здравоохранения Республики Беларусь

Расширение задач, поставленных перед ВОП, снижение числа обслуживаемого населения увеличивает роль помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи и медицинской сестры общей практики в профилактических, лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятиях среди населения.

Изменение оснащения отделения (кабинета) врача общей практики требует повышения практических умений и навыков среднего медперсонала по его использованию.

При оказании первичной медицинской помощи по принципу общей врачебной практики, многое зависит от профессиональных компетенций, которыми должен владеть не только врач общей практики, но и члены его команды – медицинская сестра общей практики и помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи.

В этой связи в образовательный стандарт подготовки специалистов со средним специальным медицинским образованием и учебные программы вводятся дополнения в части командного взаимодействия, формирования навыков самостоятельного приема пациентов, проведение пациент-ориентированного консультирования, расширения их компетенций.

В системе дополнительного образования специалистов со средним специальным медицинским образованием реализуется образовательная программа для медицинских сестер «Организация работы медицинской сестры общей практики».

В Республике Беларусь в системе первичной медицинской помощи осуществляется пилотный проект «Заботливая поликлиника». В рамках реализации одного из направлений проекта проведена реорганизация работы и рабочего места специалистов со средним специальным медицинским образованием.

Подготовка специалистов со средним специальным медицинским, фармацевтическим образованием в Республике Беларусь осуществляется в 16 медицинских колледжах по 8 специальностям. Органами государственного управления медицинскими колледжами являются главные управления здравоохранения облисполкомов, комитет по здравоохранению Мингорисполкома.

Подготовка специалистов со средним специальным медицинским, фармацевтическим образованием в Республике Беларусь осуществляется по:

специальности 2-79 01 01 «Лечебное дело» срок обучения: 2 года 10 месяцев, квалификация «Фельдшер-акушер», «Помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи»;

специальности 2-79 01 31 «Сестринское дело», срок обучения: 1 года 10 месяцев (дневная форма обучения), 2 года 10 месяцев (вечерняя форма обучения) квалификация «Медицинская сестра»;

специальности 2-79 01 04 «Медико-диагностическое дело», срок обучения: 1 года 10 месяцев, квалификация «Фельдшер-лаборант»;

специальности 2-79 01 03 «Медико-профилактическое дело», срок обучения: 1 года 10 месяцев, квалификация «Фельдшер-гигиенист, эпидемиолог»

специальность 2-79 01 08 «Фармация», срок обучения 1 год 10 месяцев, квалификация фармацевт;

специальность 2-79 01 33 «Зубопротезное дело», срок обучения 1 года 10 месяцев, квалификация «Зубной техник»;

специальность «Зуболечебное дело», срок обучения 1 года 10 месяцев, квалификация «Зубной фельдшер»;

специальность «Лечебный массаж», срок обучения 1 года 10 месяцев, квалификация «Техник- массажист» для слабовидящих лиц.

Все медицинские колледжи имеют специальное разрешение (лицензию) на право осуществления образовательной деятельности и сертификаты о государственной аккредитации на соответствие заявленному виду и по специальностям.

Количество обучающихся в медицинских колледжах на 1 сентября 2020 г. составило 10333 учащихся – граждан Республики Беларусь, из них 7220 (70%) человек обучается за счет средств бюджета, в том числе 2746 (38%) на условиях целевой подготовки, 3113 (30%) обучается на платной основе.

Численность иностранных граждан, обучающихся в медицинских колледжах, составляет 146 человек (1,4% от общей численности студентов) из 12 стран мира. 80% из них обучаются по специальности «Лечебное дело».

Вступительная кампания в медицинских колледжах проводится в соответствии с действующим законодательством. Контрольные цифры приема в медицинские колледжи на бюджетную форму обучения выполнены в полном объеме.

В соответствии с контрольными цифрами приема в медицинские колледжи в 2020 году принято на обучение 4896 человек, из них:

на бюджетной основе – 3449 (70,83%);

на платной основе – 1447 (29,55%).

На условиях целевой подготовки зачислено 1193 человек, что составляет 34,58 % от количества абитуриентов, зачисленных на бюджетную форму обучения.

Конкурс при поступлении в медицинские колледжи за последние три года составил от 1 до 4,6 человека на место.

Зачисление абитуриентов в колледжи за счет средств бюджета и на платной основе проводится по конкурсу на основе:

ЦТ (общей суммы баллов, подсчитанной по результатам сдачи двух вступительных испытаний (русский (белорусский) язык – по выбору, биология) и среднего балла документа об образовании);

среднего балла документа об образовании, который определяется по десятибалльной шкале (с точностью до десятых долей единицы).

При освоении содержания образовательных программ среднего специального образования, учащиеся проходят текущую (курсовые экзамены по учебным дисциплинам) и итоговую аттестацию (государственные экзамены).

Выпуск специалистов со средним специальным медицинским, фармацевтическим образованием в 2020 году составил 4 241 человек, из них на бюджетной основе – 2 727 (64,3 %), в том числе на условиях целевой подготовки – 1 048 (37,3 %), на платной основе – 1 514 (35,7 %).

По результатам распределения в 2020 году на первое место работы направлены 3 820 выпускников. Процент трудоустроенных выпускников бюджетной формы обучения составил 100%.

Право на самостоятельное трудоустройство предоставлено 383 выпускникам платной формы подготовки, что составляет 9,0% от общего выпуска. Для сравнения в предыдущем учебном году доля выпускников, получивших право.

В учреждении образования «Гродненский государственный медицинский университет» осуществляется подготовка медицинских сестер с высшим образованием по специальности «Сестринское дело». Срок обучения на очной форме обучения – 4 года, на заочной форме обучения - 5 лет.

Ежегодно выпускается около 25 специалистов с высшим образованием по специальности 1-790106 «Сестринское дело» с присвоением квалификации медицинская сестра с высшим образованием, которые занимают должности старшей (главной) медицинской сестры, работают на должностях медицинских сестер и (или) преподавателями в медицинских колледжах.

Концепция развития сестринского дела в Республике Беларусь предполагает реструктуризацию подготовки специалистов сестринского дела с высшим образованием через интеграцию образовательных программ среднего специального образования по специальностям 2-79 01 31 «Сестринское дело», 2-79 01 01 «Лечебное дело» и высшего образования по специальности 1-790106 «Сестринское дело». Это позволит значительно сократить срок обучения медицинских сестер с высшим образованием, оптимизировать временные и финансовые затраты на их подготовку.

В свете современных международных тенденций в сестринском деле рассматривается вопрос подготовки медицинских сестер с высшим образованием в магистратуре по специальности «Сестринское дело» с профилизацией: «Организация здравоохранения и общественное здоровье», «Научно-исследовательская, педагогическая деятельность», «Медицинская реабилитация», «Валеология», «Диетология». Это расширит возможности медицинских сестер с учетом их квалификации при трудоустройстве на должности, не требующие компетенций врача-специалиста.

Во всем мире действует принцип: медсестра учит медсестру. В связи с этим к преподаванию отдельных учебных дисциплин в медицинских колледжах, медицинских университетах, реализации образовательных программ повышения квалификации для руководителей и специалистов со средним специальным медицинским образованием привлекаются преимущественно медицинские сестры с высшим образованием. Данная категория специалистов обладает достаточными знаниями и практическими навыками по уходу за пациентами и выполнению медицинских манипуляций.

Повышение квалификации в нашей стране носит обязательный, регулярный характер и осуществляется с целью совершенствования профессионального мастерства медицинских и фармацевтических кадров. Образовательные программы дополнительного образования взрослых по профилю образования «Здравоохранение» реализуются в 14 медицинских колледжах, государственном учреждении образования «Барановичский центр повышения квалификации руководящих работников и специалистов».

Руководящие работники и специалисты, имеющие среднее специальное медицинское, фармацевтическое образование, получают непрерывное профессиональное образование при освоении содержания следующих образовательных программ дополнительного образования взрослых:

- образовательной программы повышения квалификации руководящих работников и специалистов со средним специальным медицинским, фармацевтическим образованием по профилям (направлениям) образования «Здравоохранение» (направление образования «Профилактика, диагностика, лечение, реабилитация и организация здравоохранения») и «Коммуникации. Право. Экономика. Управление. Экономика и организация производства» (направления образования «Коммуникации», «Право», «Экономика», «Управление»);
- образовательной программы переподготовки руководящих работников и специалистов, имеющих среднее специальное образование по профилю образования «Здравоохранение»;
- обучающих курсов в определенной сфере медицинской, фармацевтической деятельности.

Повышение квалификации средних медицинских, фармацевтических работников организуется за счет средств бюджета и на платной основе и осуществляется по мере необходимости, но не реже одного раза в 5 лет.

Общее количество учебных часов по учебно-тематическому плану при освоении содержания образовательной программы повышения квалификации руководящих работников и специалистов со средним специальным медицинским, фармацевтическим образованием составляет от 40 и 80 часов.

Реализация образовательной программы повышения квалификации работников здравоохранения, имеющих среднее специальное медицинское, фармацевтическое образование, осуществляется в 14 медицинских колледжах, государственных учреждениях образования «Барановичский центр повышения квалификации руководящих работников и специалистов» и «Белорусская медицинская академия последипломного образования», иных организациях здравоохранения, которым в соответствии с законодательством предоставлено право осуществлять образовательную деятельность.

Сложившаяся система способна гибко и оперативно реагировать на потребности организаций здравоохранения, иных организаций в повышении квалификации работников со средним специальным медицинским, фармацевтическим образованием, отвечать на изменения на региональных рынках труда, учитывать спрос со стороны физических лиц на образовательные услуги.

Реализация образовательной программы переподготовки руководящих работников и специалистов, имеющих среднее специальное образование по профилю образования «Здравоохранение», осуществляется в рамках непрерывного профессионального образования в 9 медицинских колледжах, государственном учреждении образования «Барановичский центр повышения квалификации руководящих работников и специалистов» по

11 специальностям переподготовки, включенным в Общегосударственный классификатор Республики Беларусь ОКРБ 011-2009 «Специальности и квалификации»:

- 2-81 04 01 «Валеология»;
- 2-81 04 02 «Анестезиология»;
- 2-81 04 03 «Диетология»;
- 2-81 04 04 «Хирургия»;
- 2-81 04 05 «Рентгенология»;
- 2-81 04 06 «Физиотерапия»;
- 2-81 04 07 «Лечебный массаж»;
- 2-81 04 08 «Косметология»;
- 2-81 04 09 «Лечебная физкультура»;
- 2-81 04 10 «Функциональная диагностика»;
- 2-81 04 11 «Амбулаторно-поликлиническая помощь».

Освоение образовательной программы переподготовки руководящих работников и специалистов со средним специальным медицинским образованием осуществляется в очной (дневной) форме получения образования.

Продолжительность переподготовки вышеназванной категории слушателей составляет 3 месяца, по специальностям «Рентгенология» и «Амбулаторно-поликлиническая помощь» (для групп слушателей, имеющих среднее специальное образование по специальности «Сестринское дело») – 4 месяца.

Медико-социальная помощь населению Республики Беларусь оказывается в больницах и отделениях сестринского ухода, отделениях медико-социальной помощи.

На 01.01.2021 года численность населения Республики Беларусь составляет 9 349 645 человек, в том числе городское население составляет 7 280 320 человек, сельское население - 2 069 325 человек.

Каждый пятый житель страны в возрасте 60 лет и старше

До 80% пенсионеров по старости нуждаются в медико-социальной помощи, и более 70% из них имеют 7-9 хронических заболеваний.

Пребывание престарелых, хронически больных и инвалидов в обычных стационарах не обосновано с медицинской точки зрения и экономически нерационально.

Такие пациенты чаще нуждаются в длительном уходе, а не в активном лечении, поэтому одним из способов решения этой проблемы является организация отделений и больниц сестринского ухода.

В соответствии с Законом Республики Беларусь «О здравоохранении».

Медико-социальная помощь - вид оказания медицинской помощи при наличии у пациента хронических заболеваний, требующих постоянного круглосуточного медицинского наблюдения и ухода и не требующих интенсивного оказания медицинской помощи.

Основной целью работы по уходу является оказание квалифицированной сестринской помощи, предусматривающий уход в течение длительного периода за пациентами пожилого и старческого возраста, страдающими хроническими заболеваниями, не требующими постоянного врачебного наблюдения.

На 01.01.2021 в Республике Беларусь функционирует 104 больницы сестринского ухода, из них 92 больниц в сельской местности, сестринских коек функционирует 4772, медико-социальных коек – 290.

Занятость койки и число пролеченных пациентов подтверждает актуальность и востребованность данных отделений.

Сестринские уходы – это огромный прорыв в плане сохранения продолжительности жизни наших граждан, особенно пожилых.

В Республике Беларусь паллиативная помощь взрослому населению оказывается в 23 учреждениях здравоохранения. По состоянию на 01.01.2021 г. во всех регионах республики развернуто 468 круглосуточных коек, 18 дневных коек в 2-х учреждениях, 11 выездных патронажных служб и 14 кабинетов паллиативной медицинской помощи.

Обеспеченность паллиативными медицинскими службами составила 6,3 на 1 млн. взрослого населения.

Особую роль в оказании паллиативной помощи взрослому населению играют выездные патронажные службы.

Выездная патронажная служба создается с целью оказания паллиативной медицинской помощи инкурабельным пациентам, преимущественно с онкологической патологией, для наиболее полного обеспечения качества их жизни в домашних условиях, а также улучшения доступности стационарной помощи без увеличения коечного фонда хосписа.

Под опеку выездной патронажной службы принимаются инкурабельные пациенты, преимущественно с онкологической патологией (IV клиническая группа), нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи, прогнозируемая продолжительность жизни которых не превышает 1 год.

Во время патронажа медицинская сестра:

- проводит осмотр пациента с оценкой симптомов по ШОС (шкала оценки симптомов);
- осуществляет перевязки, обработку стомийных отверстий, катетеров, дренажей;
- обучает родственников профилактике пролежней;
- организует уход за пациентами на дому, обучает родственников навыкам ухода;
- знакомит родственников с алгоритмом действий в случае наступления смерти пациента на дому;
- осуществляет психологическую поддержку пациента и его ближайшего окружения.

Дополнительно, в случае необходимости:

- выполняет инъекции лекарственных средств при оказании неотложной помощи по назначению врача;
- проводит санацию верхних отделов дыхательных путей;
- осуществляет катетеризацию мочевого пузыря, постановку очистительных клизм;
- выполняет медицинские манипуляции с использованием медицинского оборудования: шприцевого дозатора, концентратора кислорода.
- При организации стационара на дому медицинские сестры процедурного кабинета дополнительно выполняют внутривенные инфузии.

В зависимости от течения основного заболевания, а также тяжести состояния пациента, врач-терапевт составляет план лечения с указанием группы наблюдения за пациентом:

1 группа наблюдения: Пациенту показана госпитализация в отделение паллиативной медицинской помощи (стационар)

2 группа наблюдения: Пациенту показано лечение в отделении дневного пребывания

3 группа наблюдения: Организация работы стационара на дому (или патронаж медсестрой выездной патронажной службы) 3-5 раз в неделю. Курация врачом-терапевтом 1-5 раз в неделю.

4 группа наблюдения: Консультирование пациентов и их родственников по телефону врачом-терапевтом. Патронаж медсестрой выездной патронажной службы 2 раза в неделю.

Курация врачом-терапевтом по необходимости (определяет медсестра, врач-терапевт участковый поликлиники).

5 группа наблюдения: Патронаж медсестрой выездной патронажной службы 1 раз в неделю. Консультирование пациентов и их родственников по телефону врачом-терапевтом.

6 группа наблюдения: Контроль (уточнение состояния пациента по телефону) движения пациента медсестрой Хосписа 2 раза в месяц. Консультирование пациентов и их родственников по телефону врачом-терапевтом.

В среднем на 1 занятую должность медсестры выездной патронажной службы одновременно приходится 40-45 пациентов, большинство из которых состоит в 5 группе наблюдения (патронаж 1 раз в неделю).

В целях совершенствования системы подготовки специалистов со средним специальным медицинским образованием и развития сестринского дела приказом Министра здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2020 №1438 утверждена Концепция развития сестринского дела на 2021-2025 гг., а также план мероприятий (дорожная карта) по реализации Концепции развития сестринского дела на 2021-2025 гг.

Концепция определяет принципы, цель, задачи и основные направления развития сестринского дела в Республике Беларусь.

Целью развития сестринского дела в Республике Беларусь является создание правовых, организационных, экономических, научно-методических и иных условий для развития сестринского дела в Республике Беларусь,

позволяющих улучшить качество, доступность и экономичность медицинской помощи, повысить продолжительность жизни и удовлетворенность пациентов уровнем оказания медицинских услуг.

В соответствии с современными задачами, стоящими перед здравоохранением, оптимизируются виды деятельности и функции специалистов сестринского дела, расширяется спектр и объемы медицинской помощи. Инновационный опыт организации и развития сестринского дела в других странах показывает, что совершенствуется деятельность специалистов сестринского дела, увеличивается доля медицинских услуг, не требующих квалификации врача-специалиста.

На смену традиционным профессиональным функциям специалистов сестринского дела приходят новые виды деятельности, связанные не только с медицинским уходом и наблюдением за пациентами, но и решением вопросов, связанных с сохранением индивидуального и общественного здоровья, профилактикой заболеваний, повышением качества и продолжительности жизни.

Ориентируясь на мировые тенденции, требуется расширение самостоятельных направлений деятельности и функциональных обязанностей специалистов сестринского дела, их активное участие в системе оказания медицинской помощи вне организации здравоохранения. В этой связи необходимо предусмотреть разработку научно обоснованных подходов к организации деятельности специалистов сестринского дела в условиях инновационного развития, освоение новых технологий сестринского дела на рабочем месте.

Специалисты сестринского дела должны играть ведущую роль в формировании здорового образа жизни, гигиеническом обучении и воспитании населения, профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний.

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Айтакунова Эльмира Ногайбаевна

специалист сестринского дела

Ассоциация групп семейных врачей и семейных медсестер Кыргызстана

С приобретением суверенитета в 1991 году стало понятно, что существующая система здравоохранения не обеспечивает защиту здоровья граждан республики в условиях реалий рыночной экономики, новых социальных проблем. И в 1992 году была создана новая законодательная основа здравоохранения Кыргызстана, были приняты Жогорку Кенешем три основополагающих закона по здравоохранению:

1. «Об охране здоровья народа в Республике Кыргызстан»;
2. «О медицинском страховании граждан в Республике Кыргызстан»;

3. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения в Республике Кыргызстан».

В 1994 году при поддержке USAID в Иссык-Кульской области начался пилотно-демонстрационный проект по реструктуризации системы здравоохранения, а именно первично-медико-санитарной помощи (ПМСП) с созданием первых групп семейных врачей (ГСВ) из бывших участковых терапевтов, педиатров и акушеров-гинекологов в г. Каракол. Работу начали по принципу: «Взаимообучение и взаимоконсультирование в оказании медицинских услуг на амбулаторном уровне. Врачи работали в группе и помогали друг другу в практическом аспекте. USAID оказывал техническую, финансовую и консультативную помощь, выкупал квартиры для размещения ГСВ. Одновременно шло болезненное разделение ПМСП от стационарной службы, так как менялись принципы их финансирования - подушевой на ПМСП и за пролеченный случай в стационарах.

ГСВ стали формироваться и в других районах области. В сентябре 1996 года был создан Учебный Центр Семейной медицины (УЦСМ) в Каракол для подготовки семейных врачей из участковых терапевтов, педиатров и акушеров-гинекологов, а также семейных медицинских сестер. Отбор осуществлялся на конкурсной основе, обучали в течение 2 лет. К концу 1997 года по Иссык-Кульской области было 74 юридически самостоятельных ГСВ, которые на основании приказа областного управления здравоохранения за № 63 от 06.02.1998 года стали вести смешанный прием населения по принципу: «Один врач - одна семья». Началась первая компания приписки населения к ГСВ. Семейные врачи и семейные медсестры сами ходили по семьям, рекламировали и приглашали население для приписки. Это стало началом нового подхода в медицинском обслуживании населения.

Первый выпуск сертифицированных семейных медсестер и семейных врачей был в 2000 году. Они же стали ассистентами кафедры семейной медицины и начали обучать медицинских сестер и врачей по семейной медицине. Все созданные 74 прошли регистрацию в управлении Юстиции. ГСВ стали юридически самостоятельными, полностью автономными.

Согласно Законов «Об охране Здоровья народа в Кыргызской Республике», «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике», «О лицензировании» и постановлений Правительства КР «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 26 мая 1997 года за номером 293, «Об утверждении Положений о лицензировании деятельности в области здравоохранения» от 6 февраля 1998 года №63 все 74 ГСВ области прошли аккредитацию и лицензирование.

После обращения к губернатору Иссык-Кульской области Касымову Т.К. с письмом о разрешении региональным отделениям Казначейства на открытие отдельных казначейских счётов для каждой ГСВ области и разрешением Дирекции АООТ Расчётно-сберегательной компании от 19 июня 1998 года были открыты отдельные казначейские и расчётные счёты ГСВ области. ГСВ области уже имели полное право работать на договорных основах с ТУ ФОМС.

Становление ГСВ сопровождалось их добровольным объединением в Ассоциацию ГСВ области, которая прошла регистрацию в Министерстве Юстиции в 1995 году 17 октября. Роль АГСВ была очень значимая, так как именно она занималась объединением врачей медсестер в ГСВ, их распределением и размещением в крупных селах, организацией приписных компаний. Через гранты, донорские средства Всемирного Банка, USAID, гуманитарную помощь постепенно стала укрепляться материально-техническая база вновь организованных ГСВ области.

В соответствии с «Временным Положением о порядке финансирования ГСВ в системе ОМС», был заключён договор с ТУ ФОМС, с применением принципа финансирования по нормативу на одного жителя. Подушевой норматив на количество приписанного населения, стал началом системы материальных стимулов для оказания качественной и эффективной медицинской помощи группами семейных врачей. Таким образом, были созданы все предпосылки для ГСВ быть организационно и структурно самостоятельными в оказании первичной медицинской помощи населению.

Согласно Постановления Правительства №537 от 08.12.1998г. «О программе Правительства КР и Национального Банка КР по дальнейшему развитию структурных преобразований в экономике на 1998-2000гг.», положительный опыт в реформировании здравоохранения и внедрение новой системы финансирования в Иссык-Кульской области, были последовательно распространены МЗ КР и в другие регионы страны – Чуйскую область и г. Бишкек. Вклад экспериментального, демонстрационного проекта в Иссык-Кульской области определил политику, стратегию и пути внедрения реформ ПМСП в стране.

В связи с расширением практики семейных врачей и семейных медсестер в других областях, необходимостью оказания консультативно-методической помощи, обучения, разработки нормативных документов, определяющих деятельность специалистов семейного дела по инициативе донорских организаций в помощь МЗ КР в апреле 1997 года был создан административный штат Ассоциации ГСВ национального уровня с юридической регистрацией в октябре 1997 г. По мере охвата семейной практикой других областей к 2000 г. в 6 областях республики были созданы филиалы АГСВ, которые непосредственно занимались продвижением реформы системы здравоохранения, организацией ГСВ, определением врачей для обучения по семейной медицине, приписными компаниями, разработкой и внедрением новых клиничко-информационных систем, нормативных документов, объяснением принципа подушевого финансирования, обучением основам организации труда специалиста семейного дела в условиях медицинского страхования, внедрением современных технологий в лечении и диагностике, интеграцией части узко-специализированных служб в практику семейного врача - ведение больных сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензии, основ антенатального ухода за беременными, внедрением ДОТ и программы по туберкулезу и многое другое.

Полная институционализация семейной медицины в стране завершилась в 2001. К этому времени во всех областях и г. Бишкек были созданы Учебные Центры Семейной Медицины (УЦСМ) при Киргизском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации (КГМИИПК), на базе которых в плановом порядке в стране были переобучены на семейных врачей 3500 участковых терапевтов, педиатров и акушеров-гинекологов, а также 5000 семейных медсестер. Обучение проводилось специально подготовленными местными преподавателями, прошедшими обучение в Америке, а также группой иностранных семейных врачей.

При Кыргызском государственном медицинском институте в 2001 г. открылся факультет семейной медицины, который, к сожалению, просуществовал всего 2 года и образование надолго отстало от проводимой реформы системы здравоохранения.

Первично-медико-санитарная помощь в настоящее время оказывается 68 ЦСМ, 709 ГСВ (в том числе 17 юридически самостоятельных ГСВ), 1020 ФАП, 27 ЦОВП(центры общеврачебной практики-прообраз ЦРБ), где работают 1432 сертифицированных семейных врача, и 274 не прошедшие подготовку по семейной медицине врачи, 6200 специалистов среднего звена-семейные медсестры, фельдшера ФАПов, и пунктов скорой медицинской помощи. 61% работающих семейных врачей пенсионного возраста 12% предпенсионного. Лица моложе 40 лет составляют всего 10%. 17% лица от 41 до 50лет. Отсюда следует, что должно быть политическое решение проблемы острого дефицита человеческих ресурсов ПМСП, без чего невозможно говорить о ПМСП как структурной системе здравоохранения.

Национальная Ассоциация групп семейных врачей и семейных медсестер (АГСВ и СМ КР) сопровождала все проводимые реформы на уровне первичного звена, разрабатывала все нормативные документы, касающиеся деятельности специалистов семейного дела- положение о семейном враче, квалификационные требования к семейному врачу, табель оснащения ГСВ, ЦСМ, утвержденные приказом № 149 МЗ от 28.03.07, «Об утверждении нормативных правовых документов, регулирующих деятельность фельдшерско - акушерских пунктов» №627 от24.11.06г., « Об утверждении нормативных правовых документов, регулирующих деятельность специалистов сестринского дела ФАП, ГСВ и ЦСМ» от 12.07.2005 г., «Об утверждении нормативных документов на уровне первичного звена№ 447 от 07.08.2012 год и многое другое. АГСВ и СМ КР принимает активное участие в работе рабочих групп МЗ КР, ФОМС по разработке нормативно-правовых документов по семейной медицине. В рамках проектов ВОЗ, ЮНФПИ, ПРООН проводила и проводит исследования по оказанию качества услуг по сердечно-сосудистым заболеваниям - ГБ антенатальному уходу за беременными (АНУ) и детьми до 5 лет, рациональному использованию антибиотиков (РИА) в практике семейного врача.

Будучи субреципиентами проектов «Здрав+», «Здрав+2», «Качественное здравоохранение» USAID АГСВ и СМ КР с 2005 года осуществляла внедрение

системы непрерывного улучшения качества услуг по наиболее социально значимым заболеваниям как гипертоническая болезнь (ГБ), острый коронарный синдром (ОКС), бронхиальная астма (БА) и хронически обструктивная болезнь легких бронхит (ХОБЛ), основы антенатального ухода за беременными (АНУ), ранняя диагностика туберкулеза в 19 районах и 2 малых городах республики.

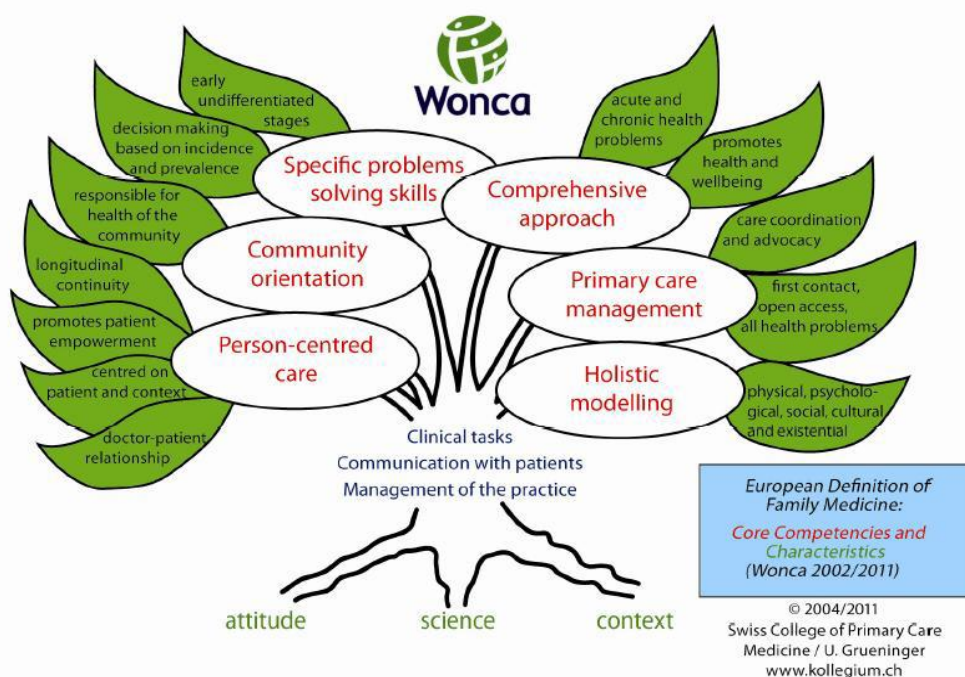
С ростом заболеваемости туберкулезом последние 5 лет АГСВиСМ КР в рамках проекта «Качественное здравоохранение» занимался обучением специалистов семейного дела раннему выявлению, ранней диагностик и лечению туберкулеза (ТБ) с основами инфекционного контроля по ТБ Чуйской области и 2-3 пилотных районов по другим 5 областям на основе разработанных на основе доказательной медицины клинических протоколов для ПМСП. Супервайзерские мониторинги не ограничивались только ТБ, но и мониторировались услуги по ГБ, БА, АНУ.

Отделом доказательной медицины МЗ КР на сегодня разработаны более 80 клинических руководств, протоколов для ПМСП. Ни один из них не утверждался без рецензии АГСВ и СМ КР. Основная их часть распространялась Ассоциацией, как их внедрение в практику семейного врача путем системы непрерывного улучшения качества. Востребованность наших семейных врачей и семейных медсестер в других странах свидетельствует об их хорошей подготовке.

Существует необходимость в системах здравоохранения, основанных на сильной ПМСП, представляющей пациент-ориентированные услуги. И эти услуги должны предоставляться совместными усилиями не только системы здравоохранения, но и других систем, влияющих на формирование здоровья (МО, социальной сферы и др.) в рамках общегосударственного подхода.

Трансформирование ПМСП в соответствии с современными вызовами помимо повышения престижа ПМСП подразумевает интеграцию ПМСП с услугами общественного здравоохранения, включая охрану, укрепление и профилактику здоровья. Усиливать создание междисциплинарных команд по оказанию ПМСП.

Сегодня семейная медицина – главное лицо системы здравоохранения. Дерево семейной медицины по WONCA (2011).



«ЖАҢА ЗАМАНҒЫ МЕЙІРГЕРДІҢ ҚЫЗМЕТІН БАСҚАРУДАҒЫ КӨШБАСШЫЛЫҚ»

Әлімжанова Әйгерім Қайырбекқызы,
«Мейіргер ісі негіздері» пән оқытушысы
Қызылорда қаласы, Қызылорда медициналық жоғары колледжі
Қызылорда қаласы, Қазақстан Республикасы

Аннотация. *Лидерство - это способность управлять людьми, с учетом их поведения, способностей и стремлений. Это будет лидер в рождении, а также развивать и совершенствовать ведущий потенциал. Черты личности лидера в современном управлении кормлением важны в профессиональной деятельности главной медсестры. Там будет человек, который слушает его мнения и способствует окружающим его.*

Предлагаемая статья содержит новые методы лидерства, новые методы управления лидерством в системе здравоохранения и уход в корпусе в Казахстане, новые методы управления уходом, а также основными компонентами ведущего потенциала.

Annotation. *Leadership is the ability to manage people, taking into account their behavior, abilities and aspirations. It will be a leader in birth, as well as develop and improve the lead potential. The features of the leader's personality in modern feeding are important in the professional activities of the main nurse. There will be a person who listens to his opinions and contributes to him.*

The proposed article contains new leadership methods, new leadership management techniques in the health care system and care in Kazakhstan, new methods of departure management, as well as the main components of the leading potential.

Кілт сөздер: көшбасшы, мейіргер, басқарушылық, модернизациялау, ұйымдастырушылық, денсаулық сақтау жүйесі.

Тақырыптың өзектілігі: қазіргі менеджменттегі, сонымен бірге мейіргер ісі менеджментіндегі көшбасшылық кез келген басшының, берілген жағдайда – бас мейіргердің кәсіптік қызметінде зор мәнге ие.

Көшбасшының рөлі – ұжымда реттеуші рөлді атқару. Басқарушылық қызметтің тиімділігі, ұжымдағы қарым-қатынасты реттеу осы көшбасшының – бас мейіргердің қасиеттеріне тәуелді.

Көшбасшының қасиеттері.

Қазіргі мейіргер ісі менеджментіндегі көшбасшының тұлғалық қасиеттері бас мейіргердің кәсіптік қызметінде зор маңызға ие. Әр ұжымда пікіріне құлақ асатын және айналасындағыларға ықпал ететін адам болады.

Көшбасшы әріптестеріне, негізінен, екі әлеуметтік-психологиялық арна бойынша ықпал етеді:

- бедел (ұжым мүшелері көшбасшының беделін оның жағдайына, тәжірибесіне, шеберлігіне, біліміне және т.с.с. қасиеттеріне қарай мойындайды).
- харизма – мұнда, көшбасшының сүйкімділігі, адамшылығы, әдептілігі, адамгершілігі, адамдарды тарта алу қабілеті маңызды.

Көшбасшының негізгі ерекшеліктері.

Барлық басшыға (менеджерге, бас медбикеге) көшбасшы болу қабілеті берілмеген. **Ол үшін көшбасшының белгілі бір қасиеттері мен ерекшеліктері болуы керек:**

1. Құлшыныс. Бұл оптимизм мен үмітті білдіретін ерекшелік. Пессимист үшін әрбір қадам қиындыққа толы, ал оптимист әр кедергіден ашылатын мүмкіндіктерді көріп тұрады. Әрдайым позитивті ойлау – көшбасшының тұлғалық қасиеттерінің айрықша ерекшелігі.
2. Сенімділік. Мұндай көшбасшы барлық істері мен қарым-қатынастарында адал әрі ашық. Ол ар-ұяты бар және сенімге лайық адам болуы керек.
3. Тәртіптілік. Көшбасшы артынан адам ерте алады, себебі өзі де бағына алады. Көшбасшылық қабілеттері бар адам басқалар демалып жатқанда жұмыс істей алады.
4. Өзіне сенушілік. Өз күшіне байсалды сенушілік.
5. Батылдық. Талдай алады, тез дұрыс шешім қабылдай алады.
6. Ержүректілік. Көшбасшы қорқынышын тез жеңіп, ержүрек бола алады.
7. Өзіл. Көшбасшы қалжыңжаса алады, өмірдің қызықты жақтарын көре алады.
8. Адалдық. Өз ісіне тұрақтылық, беріктік және берілгендік. Көшбасшыда адалдықтың болмауы ұйымды бұзуы мүмкін.

Өзін-өзі бақылау және оның бас мейіргердің жұмысындағы маңызы.

Мейіргер ісіндегі басшы күн сайын өз міндетін іске асырылуын бақылауы және негізгі мақсатқа қарай жылжуын ұдайы тексеріп отыруы пайдалы. Үш айда бір рет жұмыскерлердің құзыреттерінің деңгейін тесттеу, сонан соң талдау жүргізгеді.

Медициналық мейіргерлер қызметіндегі кәсібилік - мейіргер ісіндегі жетістіктің кепілі ғана емес, бүкіл денсаулық сақтау жүйесіндегі, оның ішінде мейіргерлік жетекшілік ететін ұйымдар, аурухана бөлімшелерінің аға мейіргерлерінен бастап, денсаулық сақтау мейіргері ісінің бас маманы.

Қазіргі таңда Қазақстанда халықаралық талаптарға сай жаңа формациядағы мейіргер ісі мамандарын даярлау арқылы Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігін арттыру мәселелері қолға алынып жатыр. Қазақстан Республикасында мейіргерлік істің дамуы үшін, мейіргерлік көшбасшылардың негізгі құзыреттіліктері, мейіргерлік істі реформалау, модернизациялау процесі қолға алынуда.

Ресейдегі Арзамас қалалық ауруханасында мейіргерлер арасында ұйымдастырушылық, көшбасшылық қабілеттерді айқындау үшін сауаланама жүргізілді. Емханалар мен ауруханалардың 36 аға мейіргерлері респонденттер болды.

Келесідей тесттер мен сауалнамалар пайдаланылды: арнайы әзірленген «Әлеуметтік-демографиялық көрсеткіштер» бойынша бағалау анкетасы, «Коммуникативті және ұйымдастырушылық бейімділікті» анықтау әдістері (КҰБ); «Жеке тұлғаның психологиялық типологиясы», «Басқарудың өзіндік бағалау стилі» түріндегі тесті.

Нәтижесінде келесі мәліметтер алынды. Зерттелушілердің арасынан 45-55 жас аралығындағы мейіргерлер тобы (54%), сонымен бірге респонденттердің 70% -ы жоғары санаттағылар, көпшілігі (85%) қалалық жерде тұрады.

«Коммуникативті және ұйымдастырушылық бейімділік» әдісінің нәтижесі бойынша көшбасшылық қасиеттер, аға мейіргерлердің 80%- нда ұйымдастырушылық бейімділік деңгейі жоғары дамығаны анықталды, және коммуникативті бейімділіктің жоғары деңгейі - 65% болды. Жасқа байланысты жоғары деңгейдегі бейімділік 40-55 жас аралығындағы медициналық мейіргерлер болды. Мүмкін бұл ұзақ жылдар бойы жинақталған жалпы медициналық тәжірибе мен кәсіби қызметтің мол тәжірибесіне байланысты.

Моральдық қолдауды көрсету мен сендіру жұмыстың бастамасы мен жаңа әдістерін дайындау, демократиялық басымдық стильдің бағыты болып табылады.

Осылайша, мейіргер қызметін басқарудың тиімділігі үшін, медициналық қызметкерлердің көшбасшылық қасиеттері, ұйымдастырушылық және коммуникативті бейімділіктің дамуы болуы шарт. Алынған нәтижелердің көрсеткіші, басқарудың оңтайлы стилі жұмыс тәжірибесімен, жоғары деңгейдегі білімі бар, тұлғаның экстраверленген орта жастағы мейіргерлері болды.

Қорытынды: Қазақстандағы Денсаулық сақтау жүйесінде, мейіргерлік істе көшбасшылық, басқарушылық қасиеттер алға қарай даму үстінде. Кез келген мейіргерлер жетекшілік ететін ұйымдарда мейіргер көшбасшылығының ұйымдастырушылық, коммуникативтік, бейімділік құндылықтар жұмыс сапасының жақсаруына септігін тигізеді.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. Адаир Дж. Психология лидерства. М.: ЭксмоПресс, 2019
2. Двойников С.И. Менеджмент в сестринском деле: Учебное пособие для специалистов. М.: Феникс, 2018.
3. Немов Р.С. Практическая психология: Пособие для учащихся.
4. Психологические тесты / под ред. А.А. Карелина. М
5. <https://nursekz.com/>
6. Л.А. Мудрова, канд. мед. наук, Е.В. Зорина, канд. мед. Наук
7. Ж.Е. Турчина, канд. мед. наук, С.Л. Нефедова Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Краевая клиническая больница, Красноярск
8. Вялков А.И. Управление качеством в здравоохранении//Проблемы стандарт, в здравоохран. 2003.- № 3.- С. 3-11.
9. Кульжанов М.К., Чен А.Н. в соавт. Актуальные проблемы управления общественным здоровьем и здравоохранением // Казахстанско-Американский журнал. - Алматы: 2001. - №1. - С. 23-33.
10. Исаев Д.С., Калажанов М.Б., Третьякова С.Н., Калмаханов С.Б., Алдамжаров М.К., Надиров Ж.К., Сманов К.Д. Оценка и прогнозирование качества общественного здоровья. - Алматы: 2006. - 203 с.
11. Щепин О. П., Стародубов В. И., Линденбрaten А. Н., Галанова Г. И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. — М.: Медицина, 2002 - 176 б.

МЕЙІРГЕРЛІК БІЛІМ БЕРУ ЖҮЙЕСІ ЖӘНЕ МЕЙІРГЕРЛІК ТӘЖІРИБЕДЕГІ КӨШБАСШЫЛЫҚ

Бижанова Айгерім Дүйсеналықызы,
арнайы пәндер оқытушысы
Шымкент қ. ДСБ ШЖҚ «Жоғары Медицина Колледжі» МКК
Қазақстан Республикасы, Шымкент қаласы

Аннотация. *Сегодня медсестры, наряду с другими профессионалами, считают своей главной задачей охрану здоровья, профилактику заболеваний, обеспечение максимальной независимости людей в соответствии с их индивидуальными возможностями.*

Annotation. Today, nurses, along with other professionals, consider their main task to be health protection, disease prevention, and ensuring maximum independence of people in accordance with their individual capabilities.

Кілт сөздер: мейіргер ісі, мейіргер ісіндегі менеджмент, мейіргер ісіндегі көшбасшы, мультикәсіби, инновациялық мейіргерлік технология, мейіргер қызметін басқару.

Өзектілігі: Бүгінгі күнгі уақыт, нарық мейіргерлерге мамандандырылған кәсіби коммуникацияны және жоғары біліктілікті талап етеді. Нарықтық қаныстардың үздіксіз дамуы осы мейіргер мамандарының науқатармен ғана емес, сонымен қатар басшыларымен де тиімді қарым-қатынас жасауды қажет етеді. Мейіргер ісі менеджментіндегі көшбасшылық кез келген басшының, берілген жағдайда – бас мейіргердің кәсіптік қызметінде зор мәнге ие. Мақала мейіргер қызметін басқарудың жаңа әдістерін, көшбасшылық ұғымын, мейіргер ісіндегі көшбасшыға қажет қасиеттер мен ерекшеліктерін қарастырып айқын дайды [1].

Зерттеудің мақсаты. Біздің Қазақстандық мейіргерлердің де өзін-өзі кәсіби тұрғыдан тану санасын оятып, біз денсаулық сақтаудың ұлттық жүйесінің қайта құрылуының және халықаралық мейіргерлердің қоғамның тең құқылы мүшесі болатынына сену.

Зерттеудің материалдары мен әдістері. Зерттеу барысында оқытушылар мен менторлар арасында мониторинг және бағалау жұмыстары жүргізілді.

Алғашқы кездері мейіргер орта медицина персоналына жататын, дәрігердің көмекшісі болып саналатын және дәрігердің тағайындауы бойынша мейіргерлік күтімді жүзеге асыратын. Қазіргі кезде мейіргерлік істің ғылыми тұрғыда негізделген және тәжірибеде дәлелденген заманауи теориясы бойынша мейірбике дәрігердің тең құқықты серіктесі ретінде тәуелсіз мейіргерлік шешімдер қабылдайды, мейіргерлік құжаттама көрсете отырып, дәлелді мейіргерлік күтімді жоспарлайды және іске асырады. Қазіргі кезде дәрігер мен мейіргер серіктестігі денсаулық сақтау жүйесінің барлық деңгейлерінде медициналық көмек көрсетудің тиімділік сапасын арттыру үшін денсаулық сақтау мамандарының мультикәсіби тобы шегінде жұмыс істей отырып, дәрігер емделушіге дәрігерлік көмек, ал мейіргерлік көмек көрсетуден тұрады [2].

Сондықтан бүкіл әлемде мейіргер ісі мамандары қазіргі кезде дайындықты тек базалық техникалық және кәсіби білім беру деңгейінде ғана емес, сондай-ақ мейіргер ісі бойынша бакалавриат, магистратура және докторантура шегінде де даярлықтан өтеді [3].

Алайда, мен өзіме сұрақ қойдым, қазақи менталитетке, біздің құндылыққа сәйкес бұл біздің елде мүмкін бе деп?

Осы туралы Түркістан облысы ҚДБ ШЖҚ «Облыстық қалалық аурухана» бас мейіргерімен сөйлесіп, төмендегі сұрақтарды қойдым:

1. Мейіргерлік істегі көшбасшылық туралы түсінігіңіз?
2. Көшбасшылық туралы мейіргерлермен сөйлесу қажеттігі қандай?
3. Денсаулық сақтаудағы көшбасшылықтың маңызы?

4. Өз әріптес-мейіргерлерге, бас және аға мейіргерлерге көшбасшылық жайлы түсіндіре аласыз ба?

5. Жалпы көшбасшылықты нығайту үшін не істей аласыз?

Осы туралы Түркістан облысы ҚДБ ШЖҚ «Облыстық қалалық аурухана» бас мейіргердің жауабы бұл мейіргерлердің мамандықтарына деген қызығушылықтарын арттыру және кәсібінде алға ұмтылу, шығармашылық қабілеттерін дамыту және олардың үнемі біліктіліктерін арттырып отыруға шабыт береді деп атап өтті. Сонымен қатар өзінің мейіргер ісі оқытушысы ретінде қоса айтарым студенттеріміздің болашақ мамандықтарына деген ынтасын, қызығушылығын және шығармашылық қабілеттілігін, түрлі бағыттағы ғылыми-зерттеу жұмыстарымен айналысуына жақсы ықпалын тигізеді деп ойлаймын.

Зерттеулердің нәтижелері. Қазақстан үшін мейіргерлік білім беру жүйесінің дамуы мыналарды білдіреді:

- барлық білім беру деңгейлерінде оның дамуын;
- халықаралық стандарттар деңгейінде білім беру сапасын бақылауды;
- білім деңгейіне сәйкес әр түрлі лауазымдық жұмыс шеңберінде ие мейіргер ісі мамандарының институтын енгізуді;
- мейіргерлік білім беруді реформалаумен қатар тең құқықты дәрігерлік және мейіргерлік ұйымдық құрылымдардың жұмыс істеуінің жаңа механизмдерін енгізу;
- мейіргерлік іс мамандарының және мейіргерлік құжаттаманың тіркелімін енгізу;
- инновациялық мейіргерлік технологияларды ендіру;
- қазіргі заманғы мейіргерлік дәлелді практикаларды, іргелі және қолданбалы мейіргерлік ғылымды дамыту;
- әр түрлі деңгейлердегі дәрігерлер мен мейіргерлер арасында қызметтік міндеттерді бөлу және айқын межелеп беру.

Жалпы көшбасшылық сөзінің мағынасына тоқталсақ (ағылшын тілінен *lead* – басқару, ал *leadership* – басқара алуқабілеті деген мағынаны білдіреді) – бұл адамдарды өз-өзін белгілі бір мәнерде ұстауына мәжбүр ету арқылы олардың мінез-қылықтарына әсер ету үшін басқарушының қолданатын құралы. Мамандар көшбасшылық күрделі де, нәсік болуы соншалықты, оның сипатын анықтамамен айтып жеткізу мүмкін емес деп тұжырымдағанымен, оның көптеген анықтамалары бар. Сонымен қатар, көшбасшылық түсінігінің ортақ анықтамасының болмауы оның қоғамдағы, сондай-ақ, денсаулық сақтау мен медицина ғылымындағы рөлінің талдауын қиындатады. Кей авторлардың пікірі бойынша, көшбасшылық дегеніміз адамның нақты мақсатқа жету үшін саналы түрде басқа адамға немесе адамдар тобына ықпалын жүргізеді. Бұл анықтамадан көшбасшы мейіргерден келесі сипаттарды көруіміз керек екенімізді білдіреді [4]:

- Көшбасшы мейіргер рөлін ұйым емес, адам атқарады;
- Көшбасшылық адамдар арасындағы қарым-қатынасты анықтап береді;

- Көшбасшылықтың ықпалы ықпал ету нысаны болып табылатын басқа адамға немесе адамдар тобына бағытталған;

- Көшбасшылық үдеріс ретінде көшбасшының басқа адамдарға әсер етуін қарастырады.

Мейіргер қызметін басқарудың жаңа әдістері деп ойлаймын:

1. Бірінші әдіс – басқа адамдардың ойына (дәрігерлер, мейіргерлер, науқастар және оның туыстарына) ақылмен әсер ету. Адамның тәртібін өзгерту үшін алдымен оның ойын өзгерту керек. Ой-санасы өзгерген адам көшбасшының көзқарасын қабылдауға мәжбүр болады.

2. Екінші әдіс – сезім мен сенімге эмоционалды тұрғыдан әсер ету. Көбінесе адамдарға өздерінің қалыптасып қалған көзқарастары мен сезімдерін өзгерткеннен гөрі қандай да болмасын жаңа идеялар мен ойларды қабылдау әлдеқайда оңайырақ тиеді.

3. Үшінші әдіс – жүріс-тұрысқа әсер ету. Бұл кезде көшбасшының мақсаты мінез-құлықты, яғни, әрекет ету бейнесін өзгерту. Сондықтан, көшбасшы адамдарға өздері қарсылық білдіріп тұрған мәселелерін де орындатып жіберетіндей беделге ие болуы керек.

Осы әдістерге сүйене келе түсінгенім мейіргер ісіндегі көшбасшылық – бұл өздігінен бола қалатын бейберекет үдеріс емес, мақсатқа бағытталған, саналы үдеріс. Бұл кездегі әсер кездейсоқ емес, саналы, алдын-ала ойластырылған әрекет болады [5].

Көшбасшының орындайтын функциялары.

Егер көшбасшы төменде көрсетілген үш функцияны орындап жүрсе, онда оны көшбасшы деп толығымен атауға болады:

- Бағыттаушы
- Ұйымдастырушы
- Ынталандырушы

Мейіргер ісіндегі көшбасшы үшін басқарудың жаңа әдістерін қолдану алдында мынадай критерияларды ескергені жөн:

- Көшбасшы(бас және аға мейіргер) мейіргер қарамағында жұмыс істейтін қызметкерлердің керекті ақпаратты білуі мен тәжірибесінің бар болуы;
- Басқарушылық шешімге қойылатын талаптардың деңгейі;
- Қызметкерлердің мекеме жұмыстарына қатысу деңгейі;
- Көшбасшы мейіргер шешім қабылдағаннан кейінгі оның қолдау табу мүмкіндігі;
- Мейіргерлердің мақсаттарға жетудегі қызығушылығы;
- Көшбасшы мейіргер шешімді қабылдағаннан кейін қызметкерлер арасында даулардың пайда болу мүмкіндігі.

Қорытынды. Бұл жұмысымызда мейіргердің қоғамдағы рөлін соның ішінде мейіргерлік білім алуудағы мен мейіргердің іс – әрекетіндегі дәрігермен, мейіргермен, науқаспен және оның туыстарымен қарым-қатынасын көрсеткім келді. Үйлесімді дамыған әлемдік қоғамдастыққа берік және терең интеграцияланған жоғары және этикалы жоғары білікті медициналық қызметті

ұсынған, медицинадағы жаңа білімдерді беретін мейіргердің қоғамның қамтамасыз етілуін көрсету.

Әдебиеттер тізімі:

1. К.Ш.Сыздыкова, Ж.С.Тулбаев, Н.С.Мусина, А.А.Маукенова, А.Р.Рыскулова, Н.Н.Авгамбаева «Мейірбике ісіндегі менеджмент»: оқу құралы. – Қарағанды: «АҚНҰР» баспасы, -2017.- 40, 111 беттер.
2. ҚР 2020 жылға дейін мейірбике ісінің дамуының кешенді жоспарының жүзеге асуының және 2016-2019 жылдарға ҚР мейірбике білімінің жүйесінің модернизациясының жол картасы.
3. Қазақстан Республикасының Білім туралы Заңы.
4. А.К.Тургамбаева «Мейіргер ісін басқарудың негіздері»: оқулық. – Астана, 2017. – 51 бет.
5. Организация сестринской деятельности: учебник / под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 528 с.

МЕЙІРБИКЕ ІСІ САЛАСЫНДАҒЫ ЗЕРТТЕУЛЕРДІ ДАМУ ТУРАЛЫ МӘСЕЛЕСІ

Әсілбекова Гүлзира Бахытқызы,
«Мейіргер ісі негіздері» пәнінің оқытушысы
Шымкент жоғары медицина колледжі
Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы

Аннотация. *В статье представлены актуальные вопросы организации и проведения исследований в области сестринского дела и направления развития исследований в области сестринского дела. В статье содержится информация об основных задачах научных исследований в сестринском деле, важности сестринского дела.*

Annotation. *The article presents topical issues of organizing and conducting research in the field of nursing and the direction of development of research in the field of nursing. The article contains information about the main tasks of scientific research in nursing, the importance of nursing.*

Кілт сөздер: мейіргерлік қызмет, зерттеулер, даму, орта кәсіптік білім.

Мейіргер ісі саласындағы зерттеулерді ұйымдастыру және жүргізу аймақта халықтың денсаулығын қамтамасыз етудің заманауи талаптарына жауап ретінде инновацияларды дамытуды, құруды қажет етеді. Соңғы уақытта медицина аймағын "көтеру" мәселесі 2050 жылға дейінгі Стратегиялық даму тұжырымдамасына байланысты өзекті болып отыр, мұнда негізгі әлеуметтік-экономикалық бағыттардан басқа, денсаулық сақтауды дамытуға баса назар аударылған. Мейіргерлік зерттеулер-бұл пациенттерге көмек көрсетуді жақсарту және (немесе) проблемалық жағдайларды шешу үшін жаңа ақпарат алуға тырысатын мейіргерлердің клиникалық немесе басқарушылық

мәселелерін зерттеудің жүйелі процесі. Мейіргер ісіндегі зерттеулер кәсіби қызметті жүзеге асыруға және жетілдіруге мүмкіндік беретін сенімді ғылыми мәліметтер алу әдісі болып табылады. Мейіргер ісі саласында ғылыми зерттеулер жүргізбестен, медициналық мекемелердің мейірбикелік қызметтерін дамыту, халыққа мейірбикелік көмек көрсету сапасын жақсарту, кадрлық ресурстарды ұтымды пайдалану, мейірбике қызметкерлерінің жаңа технологияларын енгізу мәселелері бойынша стратегиялық түсінік қалыптастыру мүмкін емес. Мейіргерлік персонал қызметінің негізгі бағыттарын дамыту мен жетілдіру ғылыми қамтамасыз етумен сүйемелденуі тиіс. Мейіргер ісіндегі ғылыми зерттеулердің негізгі міндеттері: мейіргер ісін дамыту мен жетілдіруге ғылыми тәсілдерді, мейіргер практикасының негізделген нормаларын, өлшемдері мен стандарттарын, мейіргер персоналы жұмысын ұйымдастырудың жаңа нысандары мен әдістерін әзірлеу; мейіргер практикасының эксперименттік модельдерінің тиімділігін байқаудан өткізу болып табылады. Бұл бағыттағы алғашқы қадамдар практикалық денсаулық сақтау саласындағы ғылыми зерттеулердің жоғары қажеттілігін көрсетті. Қазіргі уақытта Мейіргер ісі саласында көптеген зерттеулер жүргізілуде, мейірбикелік зерттеулер орталықтары құрылуда. Мейіргерлік зерттеулерді бір жағынан дәрігерлер медицина ғылымдарының кандидаттары немесе докторлары дәрежесін алу үшін зерттеулер аясында, медбикелер жүргізеді.

Осыған байланысты мейірбике ісінде бірыңғай зерттеу стратегиясын құру басты міндет болып табылады. Мейіргер ісіндегі ғылыми зерттеулер нақты ұйымдастыруды, қаржылық қолдауды, кәсіби дайындықтың жоғары деңгейін, нәтижелерді кеңінен таратуды және талқылауды қажет етеді.

Колледжде «Мейіргер ісі» пәнін оқу кезеңінде маманның қалыптасу процесінде, мейірбикелік зерттеушілердің аға мейіргерлердің үйлестірушілерді және әдістерге ие мейірбикелерді дайындауға тәжірибе жүзінде көп көңіл бөлдік. Студенттің ғылыми-зерттеу қызметі деп белгілі бір шығармашылық, зерттеу тапсырмасын алдын-ала белгісіз шешіммен және ғылыми салада зерттеудің негізгі кезеңдерінің болуын ескере отырып орындау деп түсіну керек.

Медициналық колледждердегі ғылыми-зерттеу жұмысының негізгі нысаны курстық және бітіру біліктілік жұмыстарын дайындау және қорғау, сондай-ақ студенттік ғылыми қоғамдар (үйірмелер) нысанында ұйымдастырылатын факультативтік сабақтар болып табылады.

Үйірме жұмысы маманның кәсіби қасиеттерін белсенді қалыптастыру мектебі болып табылады және келесі мақсаттарды көздейді:

- таңдаған мамандығы бойынша білімін тереңдетуге ұмтылысты ояту;
- ізденіске ұмтылысты, пәнаралық және модульдік байланыстарды кеңінен қамти отырып, үздіксіз білім беру қажеттілігін дағдыландыру;
- аналитикалық, болжамдық, ұйымдастырушылық және коммуникативтік дағдыларды қалыптастыру;
- жаңа кәсіби және жеке қасиеттер;
- шығармашылық бастаманы, дербестік пен жауапкершілікті дамыту.

Мейірбикелік персонал қызметінің негізгі бағыттарын дамыту мен жетілдіру ғылыми қамтамасыз етумен сүйемелденуі тиіс.

Мейіргер ісіндегі ғылыми зерттеулердің негізгі міндеттері: мейіргер ісін дамыту мен жетілдіруге ғылыми тәсілдерді, мейіргер практикасының негізделген нормаларын, өлшемдері мен стандарттарын, мейіргер персоналы жұмысын ұйымдастырудың жаңа нысандары мен әдістерін әзірлеу; мейіргер практикасының эксперименттік модельдерінің тиімділігін байқаудан өткізу және басқалар толық меңгеруін қамтамасыз етуіміз қажет.

Бұл бағыттағы алғашқы қадамдар практикалық денсаулық сақтау саласындағы ғылыми зерттеулердің жоғары қажеттілігін көрсетеді. Арнайы әдебиеттерді талдау Мейірбике ісі саласында көптеген зерттеулер жүргізілетінін көрсетті. Бұл біздің медициналық коллежде зерттеу тақырыбын қарастыру олардың келесі бағыттарын анықтауға мүмкіндік берді: болашақ мейірбикелердің жеке қасиеттері мен жағдайларын зерттеу; тәжірибеші мейірбикелердің жеке қасиеттері мен қызметінің ерекшеліктерін зерттеу; медбикелер жұмысының сапасына пациенттердің қанағаттануын зерттеу; Денсаулық сақтау қызметкерлерінің денсаулық жағдайын зерттеу; қызметтің әдіснамалық аспектілерін зерттеу; мейірбикелердің жұмыс уақытын пайдалануын зерттеу; әртүрлі патологиясы бар пациенттерге психологиялық көмек көрсету ерекшеліктерін талдау; стационардың емдеу бөлімшелерінің мейірбикелік қызметтерінің объективті көрсеткіштерін, оларды есептеу әдістерін және т.б. зерттеу жұмыстарын жүргізуге мүмкіндік береді.

Мысалы, ауруханаларда мейірбикенің нақты жұмыс жағдайындағы жұмыс уақытының шығындарын зерттеу мейірбикенің жұмыс уақытының 30% - дан астамы мейірбикелік біліктілікті қажет етпейтін қосалқы жұмыстарды орындауға жұмсайтындығын көрсетті. Бұл медициналық кадрларды ұтымды пайдалану, олардың жұмысын оңтайлы ұйымдастыру кезінде мейірбике қызметкерлерінің негізгі қызметін-пациентке тікелей күтім жасауды жүзеге асыру үшін уақыт резервін босатуға болатындығын білдіреді.

Осылайша, жоғары оқу орындарында ғана емес, сонымен қатар орта кәсіптік ұйымдарда оқу кезеңінде мейірбике - зерттеушілерді даярлау процесін ұйымдастыру - бұл мейірбикелік іс-әрекеттің негізгі бағыттарын дамыту мен жетілдірудің мүмкін жолдарының бірі болып табылады.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Махмутов М.И. Организация проблемного обучения в школе. Книга для учителей. М.:Просвещение,1977. 240с.
2. Дик Н.Ф. Увлекательная внеклассная работа в начальных классах. Ростов-на-Дону: Феникс, 2008. 230с.
3. Осмоловская И.М. Дидактика.М.:Академия, 2012.240 с.
4. URL: <https://moluch.ru/conf/ped/archive/147/7095/>(дата обращения: 10.05.2019)

КӨШБАСШЫЛЫҚ: МЕЙІРГЕР ҚЫЗМЕТІН БАСҚАРУДЫҢ ЖАҢА ТӘСІЛДЕРІ

Каражигитова Перизат Абзалбековна,
«Мейіргер ісі» академиялық бакалавры, арнайы пән оқытушысы
Қызылорда облыстық денсаулық сақтау басқармасы жанындағы
«Қызылорда медициналық жоғары колледжі» ШЖҚ МҚК
Қызылорда қаласы, Қазақстан Республикасы

Аннотация. *Растет интерес Республики Казахстан к здоровью населения. Качественное обслуживание пациентов - это самая большая ответственность всего медицинского персонала. В связи с этим Сестринское дело является самой большой профессией в области здравоохранения. В этой статье анализируется лидирующая сестринская деятельность в США, показаны пути развития, подходы к управлению.*

Кілт сөздер: Көшбасшы мейіргер, «пациенттің орталықтандырылған көмегі», «пациенттің адвокаты», «мейірбике күтімі», басқару қызметі, медицина қызметкерлері.

Тақырыптың өзектілігі.

Мейіргер білім мен шеберлігі бар, күтім процесіне жауапты, мейірімділік көрсете білетін маман болып саналады. Мейіргер — емделушіге толық күтім қамтамасыз ету үшін өзінің кәсіби психологиялық және рухани қасиеттерін дамытқан, бірегей қоғамның белсенді тұлғасы. Қоғам мен емделушілердің қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін, денсаулықты сақтау үшін мейіргер жұмысын жалғыз және басқа да денсаулық сақтау саласындағы кәсіби жұмыскерлермен бірге атқара береді.

Соңғы кезде мейірбикенің функциясына көзқарастар өзгеруде. Егер бұрын акцент науқастарды күтуге бағытталса, қазіргі таңда мейірбикелер басқа мамандармен бірге басты міндеті ретінде денсаулықты сақтау, ауруды алдын алу, адамдардың индивидуалды мүмкіндіктеріне сәйкес барынша тәуелсіздігін қамтамасыз етуді жатқызады.

Англияда белгілі бір аурулармен (қант диабеті, бронх демікпесі) ауыратын пациенттерге көмек көрсететін арнайы мамандандырылған мейіргерлер жалпы тәжірибедегі дәрігерлердің күнделікті қызметін — пациенттерді бақылау, оқыту сияқты амбулаторлық қабылдау жүргізуді, басқа медициналық және әлеуметтік қызмет көрсететін қызметкерлердің біліктілігін арттыруға бағытталған білім беру жұмыстарын атқара алады.

Көптеген дамыған елдерде мейіргер ісін дамыту мақсатында АҚШ-та және Германияда мейіргерлер көп жағдайларда біріншілік тексерулерді жүргізіп, пациентке арнайы медициналық көмек көрсететін мамандарға бағыт береді.

Дамыған Еуропа елдерінде жалпы практикадағы дәрігерлер пациенттерді үйде қарауға бармайды, сирек жағдайларды қоспағанда арнайы мамандандырылған мейіргерлер осы қызмет көрсетуді жүргізеді.

Финляндияда халықаралық тәжірибе негізінде мейіргерлерді дайындауды қарастырайық. Фин білім беру жүйесі мейіргерлерді дайындауда әлемдегі ең үздік болып бағаланады. Мейіргер мамандығы Финляндияда зор құрметке ие. Мейіргерлер ауқымды алдын алу жұмыстарын жүргізеді. Айта кететін болсақ, пациенттерге және оның отбасы мүшелеріне кеңес беру, кейбір медикаментозды терапияда рецептерді жазу сияқты жұмыстарды жүргізеді.

Қазіргі жаңа үлгідегі көшбасшы мейіргерлер мына рөлдерді атқарады:

- емделушінің күтімін ұйымдастырушы;
- емделушінің күтімін орындаушы;
- емделушінің ықыласын қорғаушы (адвокат);
- педагог (консультант);
- зерттеуші;
- лидер (көшбасшы);
- медициналық бригаданың белсенді мүшесі

Әлемдік мейіргерлік ұйымдарға тоқталатын болсақ:

Біріккен Ұлттар Ұйымында денсаулық сақтау мәселелерімен айналысатын ең ірі мекеме /ВОЗ/-ДДСҰ/ «Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы» болып саналады. «Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы» 1945 жылы қаңтар айында құрылған. Ол әртүрлі аурулармен күресуде үлкен жұмыс жүргізеді, медицина ғылымымен айналысады, журнал, бюллетеньдер шығарады, сонымен бірге, “Мейірбике мамандығына” қатысты сұрақтарды шешеді.

Әлем бойынша ең үлкен халықаралық мейіргерлер ұйымы Signa Teta Tay international (STTI) болып табылады.

Ұйым 2008 жылы Индиана штатында алты мейіргер студенттің бастауымен құрылған. Студенттер мейіргерлік білімдерін тарату арқылы дүние жүзіндегі халықтар денсаулығын жақсартуға ықпал ету мақсатында ұйымды құрған. Қазір STTI әлемнің 90 елінде қызмет атқаратын 250 000 мейіргерлерді біріктіреді.

1981 жылы «Халықаралық медбикелер кеңесі» ұйымы құрылып, әлемнің 141 елінің мейіргерлері осы ұйыммен бірге қызмет атқарады.

Зерттеу мақсаты. Көшбасшы мейіргер қызметін басқарудың жаңа тәсілдері жүргізудегі шетелдік тәжірибелерді анықтау.

Зерттеу міндеттері:

- «Көшбасшы мейіргер» бойынша отандық және шет ел әдебиеттерін шолу;
- Мейіргердің басқару қызметі арқылы мейіргердің қызметін бағалау;
- Мейіргер қызметін басқарудың жаңа тәсілдері бойынша қажетті ұсыныстар беру.

1.1. Көшбасшы мейіргер қызметі басқарудың ғылым негізінде

Көшбасшылық (ағылшын тілінен *lead* – басқару, ал *leadership* – басқара алу қабілеті деген мағынаны білдіреді) – бұл адамдарды өз-өзін белгілі бір мәнерде ұстауына мәжбүр ету арқылы олардың мінез-қылықтарына әсер ету үшін басқарушының қолданатын құралы. **Көшбасшы** (ағылшынша *leader* – басқарушы деген мағына білдіреді) – бұл басқа адамдарды, олардың алғашқы ниеті қандай болғанына қарамастан, өзі қалаған нәрсені жасауға көндіре алатын адам болып табылады, сонымен қатар топтағы адамдардың қасиеттері мен қабілеттерін қолдана отырып, оларды көшбасшы мақсатын іске асыруға бағыттай алады. Көшбасшылықты әдетте ақыл, сауаттылық деңгейі, сенімділік пен әлеуметтік қатысу, әлеуметтік-экономикалық статус түсініктерімен байланыстырады.

Көшбасшы мен Басшы деген ұғымдардың мағынасы ажырата білу керек. *Көшбасшылық теориялары.*

Көптеген көшбасшылық теориялары бар. Қазіргі кезде олардың ішінде үшеуін жеке қарастыруға болады:

Тұлғалық теория – оған сәйкес менеджерлердің ең үздіктері белгілі бір жеке қасиеттер топтамасына ие болады. Олардың арасында: ақыл мен білім деңгейі, тартымды сыртқы көрінісі, адалдылық пен инициативтілік, өзіне деген жоғарғы сенімділік.

Қылықтық теория – бұл теорияға сәйкес басқару түрлерін классификациялауға негіз салған болатын. Ол бойынша тиімділік менеджердің тұлғалық ерекшеліктерімен емес, оның қарамағындағы адамдарға қатысты қылықтардың сипатымен анықталады. Бұл көшбасшылық түсінігін одан әрі тереңдетіп, адамдарды мекеме мақсаттарын орындауға бағыттаған менеджердің мінез-қылықтарына ерекше назар аудартқызды. Оның негізгі кемшілігі басқару түрлерінің белгілі бір жалғыз түрі бар деген тенденцияға негізделуі. Алайда тек бір ғана ең тиімді басқару түрі болуы мүмкін емес. Белгілі бір түрдің тиімділігі нақты жағдай мен адамдардың жеке басына тән қасиеттеріне байланысты болады.

Жағдайлық теория – жағдайлық теория бойынша тиімді басқару үшін менеджердің жеке қасиеттері мен өз-өзін ұстауы нақты жағдайларға сәйкес болуы керек. Көптеген жүргізілген зерттеулер бойынша менеджер-көшбасшы әр түрлі жағдайларда әр түрлі әрекет етуі қажет.

Көшбасшылық мейіргердің тағы бір ерекшеліктерінің бірі – алдына мақсат қойып, оған жете алуы. Ол өзінің нені нақты қалайтынын жақсы білуі керек және оны іске асыру үшін керекті қадамдарды алдын ала жоспарлай алуы қажет. Ол мақсаттар жұмысқа, қарым-қатынастарға, өзін-өзі дамытуға немесе материалды нысандарға бағытталса да, ең бастысы үдеріс әр уақытта бірдей жүреді. Белгілі бір мақсатқа жету үшін көшбасшыға мәселелерді шешіп, соған сәйкес шешімдер шығару керек. Болашаққа мақсаттарды құру мен оларды орындауға бағытталған адамның ұмтылысы оның бойында керекті қасиеттерді сіңіртеді, белгілі бір әрекеттерге ынталандырады. Көшбасшылықтың фундаменталды қағидаларының бірі ұйым ішінде басқалардан өзіне деген

жақсы қарым-қатынас пен жақсы жұмыс орнын күтуі болып табылады. Егер бұл күтулер жиі орындалып тұрса, онда оның нәтижелері де жақсы болады. Ол күтулердің орын алмауы мен әр кездегі сенімсіздік нәтижесінде адам бойында жағымсыз сезімдер туады. Көшбасшының тағы бір оң қасиеті – оның қайсарлығы болып табылады.

Көшбасшылық мейіргердің бағыттары.

Көшбасшы жұмысы үш бағыт бойынша жүруі тиіс:

- **Тапсырма қажеттілігі** – негізгі мақсаттың орындалуын қамтамасыз ету;

- **Топ қажеттіліктері** – топты белгілі бір тапсырманы орындау үшін құру, сақтау мен ынталандыру, топтық жұмысты марапаттау;

- **Жеке қажеттіліктер** – әрқайсысының жеке қажеттіліктерін анықтау және олардың арасындағы татулықты сақтау;

Егер көшбасшы жұмысын осы үш элементке негіздесек, онда оның басты мақсаты нақты жағдай шартында қойылған мақсатқа жету үшін адамдар арасындағы ең жақсы балансқа жету болып табылады.

Көшбасшы мейіргердің орындайтын функциялары.

Егер көшбасшы төменде көрсетілген үш функцияны орындап жүрсе, онда оны көшбасшы деп толығымен атауға болады:

- Бағыттаушы;

- Ұйымдастырушы;

- Ынталандырушы.

Бағыттаушы рөлдің негізін қарастыратын болсақ, көшбасшы іскерлік тапсырмаларды қойған және қабылдаған кезде, анықтағанда, жұмыстың ой мен стиліне аса мән беруі қажет. Көшбасшы қойылған мақсатқа жету үшін топты біріктіріп, топтық жұмысты жақсы бақылай алу керек. Бұл **ұйымдастырушы** рөлінің негізі. **Ынталандыру** рөлі ретінде қойылған тапсырмалардың маңыздылығын түсінуін, өзінің ісін сыртқы дүниемен қатынас кезінде қорғауы қарастырылады. Егер көшбасшы өзінің рөлін сәтті атқарғысы келсе, бұл үш рөлді бір-біріне ажыратып қолдана алмайды.

1.2. Қазақстандағы мейіргер ісін жетілдіру тәсілдері

Қазақстандағы көшбасшы мейіргер ісін жетілдіру орталығы (КМІЖО) мейіргерлерге пациенттердің денсаулығын жақсарту үшін медициналық көмектің сапасын арттыруға мүмкіндік бере отырып, мейіргер ісінің тәжірибесін жақсартуға өз үлесін қосады деп күтілуде. КМІЖО теорияны практикаға әкеледі және мейіргерлік істегі зерттеулердің дамуына ықпал етеді. КМІЖО мейіргер ісіндегі тәжірибе, білім және ғылыми зерттеулер арасындағы ынтымақтастық пен өзара іс-қимыл үшін платформа болып табылады.

КМІЖО ақпараттарды белсенді жинайды және бөледі:

- дәлелдемелерге негізделген көшбасшы мейіргердің іс бойынша клиникалық басшылық;

- көшбасшы мейіргерлерге арналған оқу материалдары;

- көшбасшы мейіргерлік істегі зерттеу деректері.

Қазақстан Республикасындағы мейіргер ісі дамуының басты мақсаттары болыптабылатыны:

- көшбасшы және кәсіби мейіргер қызметкерлерінің әлеуметтік мәртебесін жоғарылату;
- көшбасшы және кәсіби мейіргер қызметін нәтижелі түрде жоғарылату;
- әртүрлі деңгейдегі мейірбике ісінің дамуына (нәтижелі) көмек көрсету;
- көшбасшы және кәсіби мейіргер қызметкерлерінің құқықты реттеулерін жетілдіру;
- көшбасшы және кәсіби мейіргер басқару жүйесін жетілдіру;
- мейірбике көмектерін жаңа ұйымдастыру түрлері мен технологияларын дамыту;
- көшбасшы және кәсіби мейіргер дайындау жүйесін жетілдіру;
- халыққа мейірбикелік көмектің сапасын қамтамасыз ету;
- мейірбике ісінің дамуында мемлекеттік емес секторлардың салымын жоғарылату.

Қорытынды

Қорытындылай келе мейіргерлік істе зерттеу жүргізудің түпкі мақсаты- мейіргерлік тәжірибенің сапасын арттыру. Ал мейіргерлік тәжірибенің сапасын арттыру үшін мейіргерлер зерттеуге қажетті дәлелді ақпараттарды қолдана білуді, ақпаратты қалай дұрыс пайдалану, қандай жарияланымдар мен ұсыныстарға сенім білдіру керектігін білуі тиіс. Пациенттерге көмек көрсету барысында жасалатын іс-әрекеттердің барлығы дәлелденген медицинаға негізделген болуы маңызды. Осы зерттеу барысында шетелдек дәлелді ақпарат көздері қарастырылды және де Қазақстандағы көшбасшы мейірбике ісін жетілдіру орталығы (КМІЖО) медбикелерге адамдардың денсаулығын жақсарту үшін медициналық көмектің сапасын арттыруға мүмкіндік бере отырып, көшбасшы мейірбике ісінің тәжірибесін арттыру маңызды. Бұрынғыдай, мейірбике ісіне дәрігердің айтқанын ғана бұлжытпай орындайтын дәрігердің көмекшісі деген көзқарас келмеске кетті. Мейірбике ісі бүгінде сырқаттарды емдеу мен олардың өмір сапасын арттыруға үлес қосатын, өзінің айқын міндеттері бар денсаулық сақтаудың жеке бір саласы. Бұған болашақ бітірушіні өзінің оқу үдерісі барысында алған білімін кәсіби қызметінде пайдалана білетін маман ретінде дайындаса ғана қол жеткізуге болады.

Қолданылған әдебиеттер:

1. <https://cyberleninka.ru/article/v/dokazatel'naya-meditsina-v-professionalnoy-podgotovke-vrachey-informatsionnye-i-ekonomicheskie-aspekty>
2. Основы поиска, оценк и использования доказательной информации., Методические указания для студентов медицинских факультетов, врачей-интернов и слушателей курсов повышения квалификации врачей разных специальностей <https://www.gnicpm.ru/UserFiles/>
3. http://elibrary.kaznu.kz/sites/default/files/osnovy_poiska_dokazat_informacii_2015.pdf

4. Доказательная медицина в профессиональной подготовке врачей: информационные и экономические аспекты Фокин В.А., Карась С.И., Калитвянская Т.А.

5. Доказательная медицина - новые подходы и проблемы Изет Масик, Милан Миокович и Белма Мухамедагич. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3789163/#ref9>

6. Доказательная медицина (дм) концепция и практика О.Ю. Реброва <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/dokazatelnaya-meditsina-dm-kontseptsiya-i-praktika.pdf>

7. Доказательная сестринская практика. Формулирование вопроса для поиска доказательной информации. Типы исследований. Электронные базы данных Н.В. Торчинский, канд. мед. наук, А.Ю. Бражников, канд. мед. Наук ММА им. И.М. Сеченова <https://docplayer.ru/56380324-Dokazatelnaya-sestrinskaya-praktika.html>

8. Основы доказательной медицины. С.К. Кукушкин, Ю.В. Родионова <https://www.gnicpm.ru/UserFiles>

9. Rotating night shift work and nutrition of nurses and midwives. Peplonska B1, Kaluzny P1, Trafalska E2. (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature)

МЕЙІРГЕР ІСІНДЕ КӨШБАСШЫЛЫҚҚА ОҚЫТУ САЙТТАРЫ ЖӘНЕ МЕЙІРГЕРЛЕРДІҢ САЙТТАРДЫ ҚОЛДАНА БІЛУІ

*Абдан Айдана Қаныбекқызы,
Сағидулла Аягөз Тоғайбайқызы,
«Мейіргер ісі негіздері» пәнінің оқытушылары
ДСБ ШЖҚ «Жоғары медицина колледжі» МКК,
Қазақстан Республикасы, Шымкент қ.*

Аннотация. В статье приведен перечень и характеристики электронных источников информации, основанных на обучении, совершенствовании знаний и проверенных исследованиях сестринского дела.

Annotation. The article provides a list and characteristics of electronic sources of information based on training, improving knowledge and proven research in nursing.

Кілт сөздер: мейіргер, көшбасшылық, электрондық мәліметтер базасы, ақпарат көздері.

Қазақстандағы мейіргерлік білім қолданбалы және академиялық бакалавриаттан бастап және магистратура деңгейінде тереңдете отырып, мейіргер ісі саласындағы көшбасшылық құзыреттерді дамытуға әкелетін зерттеулерді қамтиды. Мейірбике ісі саласындағы PhD-докторантура, мысалы, көшбасшылық саласындағы зерттеулер бойынша және клиникалық практика саласындағы даму жобалары бойынша білім мен дағдыларды қамтиды.

Бакалавриатта оқығаннан кейін адам күрделі техникалық немесе кәсіби қызметті және жобаларды басқара алады, жеке тұлғалар мен қызметкерлер топтарының кәсіби дамуын басқару, басқа жұмыс жағдайларында шешім қабылдау үшін жауапкершілікті өзіне алады.

Магистрлік зерттеулер жаңа стратегиялық тәсілдерді талап ететін күрделі, болжанбайтын еңбек жағдайларын басқару және өзгерту; кәсіби білім мен практикаға жәрдемдесу және командалардың стратегиялық нәтижелерін талдау үшін жауапкершілікті өзіне алу жөніндегі құзыреттерді дамытады.

Халықаралық деңгейде мейірбикелер көшбасшыларын одан әрі оқытуды қамтамасыз ететін бірнеше университеттер мен ұйымдар бар, мысалы, Халықаралық Мейірбикелер кеңесі (ICN): ICN Жаһандық көшбасшылық институтында әлемнің түкпір-түкпірінен ең жақсы мейірбикелерді адам денсаулығын жақсарту саясатын жүргізуге дайындайтын стратегиялық көшбасшылық бағдарламасы бар.

Бакалаврлар мен магистрлер жүргізген зерттеулер арнайы сайттарға салынып, ынталандыру грамоталары мен белгілерін алады. Кей клиникалық мейіргерлер бұл сайттарды жете меңгермегендіктен, өз ғылыми жұмыстарын көпшілікпен бөлісе алмайды және ақпарат алмасу бәсеңдейді.

1- кестеде «Мейіргер ісі» көшбасшыларының желісі көрсетілген.

<p>ENDA Еуропалық мейіргер ісі көшбасшыларының қауымдастығы http://www.enda-europe.com/en/</p>	<p>AONL Американдық мейіргер ісі көшбасшыларының http://www.aonl.org/</p>	<p>ONL Мейіргер ісі көшбасшыларының бірлестігі https://www.oonl.org/</p>	<p>Саймон Синек (Simon Sinek) https://www.youtube.com/watch?v=lmyZMtPVodo</p>	<p>Мейіргер ісі көшбасшыларының арының блогы http://test.nursekaz.com/blog-for-nursing-leadership/</p>
---	--	--	---	--

1-кесте

Мейіргер ісі көшбасшылығының журналдардары

№	Журналдардың атауы	Ресми сайты
1.	Мейіргерісініңкөшбасшысы. American Organization of Nurse Executives ресмибасылымы.	https://www.nurseleader.com/
2.	Канадалық Мейіргер ісіндегі Көшбасшылықтыңжурналы.	https://www.longwoods.com/publications/nursing-leadership
3.	JONA Мейіргер ісін әкімшіліктендіру журналы.	https://journals.lww.com/jonajournal/pages/default.aspx
4.	Мейіргерлік әкімшіліктендірудің тоқсан	https://journals.lww.com/naqjournal/pages/de

	сайынғы журналы.	fault.aspx
5.	Мейіргерлік менеджментжурналы.	https://onlinelibrary.wiley.com/journal/13652834
6.	Мейіргерлік Менеджмент.	https://journals.lww.com/nursingmanagement/pages/default.aspx
7.	Медициналық көмек менеджментіне шолулар.	https://journals.lww.com/hcmrjournal/pages/default.aspx
8.	Мейіргерлік көмектің тоқсан сайынғы журналы.	https://journals.lww.com/jncqjournal/pages/default.aspx
9.	Мейіргер ісінің экономикасы.	http://www.nursingconomics.net/cgi-bin/WebObjects/NECJournal.woa

Сайттар

- <http://www.medsestre.ru/>
- <https://msestra.ru/>
- <http://www.yamedsestra.ru/>
- <http://mymedsestry.narod.ru/>
- <http://sestrinskoedelo.ru/>
- <http://sestrinskoe-delo.ru/>
- <http://boris.bikbov.ru/2013/08/18/zhurnalyi-dlya-srednego-meditsinskogo-personala-po-podpiske-i-v-svobodnom-dostupe/>

Мақаланың мақсатына денсаулық сақтаудың тиімділігі мен сапасын арттыру, жоғары оқу орындары мен денсаулық сақтау мекемелерінің ынтымақтастығы арқылы денсаулық сақтаудың өтпелі кезеңінде мейіргерлік көшбасшылық пен басқарудың әлеуметік жүйесін ілгерілету кіреді. Мақалада міндеттері төмендегідей:

- мейірбикелер көшбасшыларының басқарушылық құзыреттерін арттыру;
- денсаулық сақтау ұйымдарында өзгеріс енгізу үшін мейіргерлерді оқыту;
- көшбасшылық оқыту материалдары мен құралдарын дамыту болып табылады.

Сонымен, дәлелді мейірбикелік зерттеу басқа мамандардың зерттеулерінің ең жақсы клиникалық дәлелдеріне сүйене отырып, тәжірибеге негізделген шешім қабылдауды қамтиды. Яғни, медбике зерттеу жүргізу үшін дәлелді зерттеуге негізделген ақпарат көздеріне сүйенуі керек.

Әрине, дәлелдемелерді іздеуде тиімді көмекші-бұл электрондық мәліметтер базасы .

ДСБ ШЖҚ «Жоғары медицина колледжі» МКК «Қолданбалы бакалавр» мамандығына өтілген «Мамандандырылған мейіргердік күтім және дәлелді тәжірибе» сабағында электрондық мәліметтер базасындағы ақпарат көздері білім алушылардың зерттеушілік қабілеттерін арттыруға ықпал етті.

Білім алушылардың сайттарға мақалаларын шығаруы және жұмыс барысында қолдана білуі мейіргерлер арасындағы көшбасшыларды дайындауға бағдар берді.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. «Доказательная медицина-новые подходы и проблемы», Изет Масик, Милан Миокович и Белма Мухамедагич,2018г.

2. «Доказательная медицина концепция и практика», О.Ю.Реброва, 2017г.
3. «Доказательная сестринская практика», «Формулирование вопроса для поиска доказательной информации», Электронные базы данных Н.В.Торчинский, канд. мед. наук, А.Ю.Бражников, канд. мед. Наук ММА им. И.М. Сеченова.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ УПРАВЛЕНИЯ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ.

Ажеева Кулипа Саиновна

преподаватель специальных дисциплин

КГП на ПХВ «Высший медицинский колледж» УЗ г.Алматы

Республика Казахстан, город Алматы

Аннотация. *Мақалада мейірбикелік менеджменттің жаңа тәсілдерінің теориялық және практикалық мәселелері қарастырылған. Заманауи мейірбикелік практикадағы мейірбикенің рөлі едәуір кеңейді және нығайды, өйткені мейірбике мен дәрігердің іс-әрекеті мейірбикелерге медициналық өкілеттіктердің бір бөлігін тапсыруға жақын болды. Медбике ретінде жаңа қызметінде ол мейірбикелік процесті жоспарлай алады, сонымен қатар тәуелсіз шешім қабылдай алады. Медбике - бұл медициналық ұйымдардың адами ресурстарының көлемді бөлігі.*

Annotation. *The article examines the theoretical and practical problems of new approaches to nursing management. The role of a nurse in modern nursing practice has significantly expanded and strengthened, since the activities of a nurse and a doctor have become closer to the delegation of a part of medical powers to nurses. In her new capacity as a nurse, she is able to plan the nursing process as well as make independent decisions. A nurse is a voluminous component of the human resources of medical organizations.*

Сейчас в РК большое внимание уделяется сестринскому делу, экспертизе качества оказания помощи медицинскими сестрами, их квалификации, и в будущем все должны иметь лицензию на медицинскую деятельность. В международном календаре отмечается день медицинской сестры. В 21 веке медсестры являются самой многочисленной категорией работников здравоохранения. Большая доля медицинских услуг оказывается медицинскими сестрами. Я уверена, что здесь важна оценка навыков медицинских сестер. Потому что именно сестры милосердия являются связывающим звеном между пациентом и медицинским персоналом на уровне первой медицинской помощи. В общем, медицинские работники мотивированы в оценке их знаний и навыков и получении квалификационной категории. Они имеют возможность получать более дифференцированную оплату труда. Из своего опыта хочу сказать, что в

медицине происходят большие изменения в профессии медицинских сестер. Наличие категории играет роль в продвижении по карьерной лестнице, например, это назначение на должность старшей или главной сестры.



Для медицинской сестры необходимо стремиться к новым познаниям, тонкостям своей профессии, к повышению своей квалификации, но также не забывать, что "повторение - мать учения". Медицина не стоит на месте, технологии все совершенствуются. Если раньше все было в бумажном формате - то сейчас почти вся медицинская документация переходит в электронный вид. Медицинское оборудование тоже не стоит на месте. В работе практических работников, на примере медицинских сестер, в 80-тых годах использовались обычный дефибриллятор, а сейчас имеется аппарат "Лукас", который не только более практичен, но и более эффективен, чем старый. Совместная работа врача и медицинского работника способствует ускоренному восстановлению пациента. Восстановление больного после операций в 70% зависят от ухода медицинского работника.

Говоря о квалификационном экзамене - он является эффективной оценкой знаний. На экзамене проверяют, как и теоретический материал, так и практические навыки, при помощи ситуационных задач, которые включают в себя оказание неотложной помощи при разных ситуациях. Когда я получала свою категорию, еще не было ситуационных задач, но собиралась большая комиссия во главе с председателем из управления здравоохранения, и в состав входили опытные главные сестры, и проводилось собеседование. Это непростой и серьезный экзамен, который требует усиленной подготовки, но, сдав все экзамены, нужно помнить, что, получив диплом, ты не сразу становишься специалистом, ты нарабатываешь навыки на протяжении всей своей жизни.

Требования к медицинскому работнику растут с каждым годом. Возрастает потребность в среднем медицинском персонале, который уже освоил работу современного аппарата для реанимации и мониторинга больного. Кроме этого, медицинская сестра должна владеть основами

психологии, уметь применять знания на практике и, конечно же, не забывать про правильное заполнение медицинской документации. Но также существует бесчисленное количество подходов в управлении сестринской службы, например, при помощи робототехники. Роботы сейчас занимаются консультацией пациентов, направляют их к ведущим специалистам, тем самым помогая осуществлять работу медицинским братьям/сестрам.

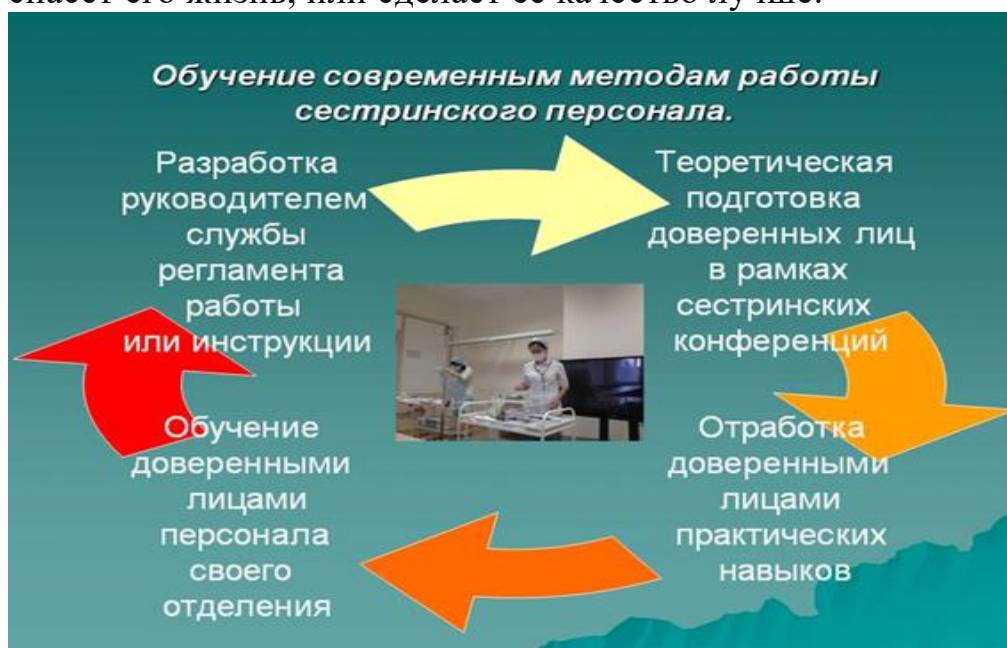
Я считаю, что роль медицинской сестры в современной сестринской практике значительно расширилась и усилилась, так как произошло сближение деятельности медицинской сестры и врача с делегированием части врачебных полномочий медицинским сестрам. В своём новом качестве медицинская сестра способна планировать сестринский процесс, а также принимать самостоятельные решения. Медицинская сестра является объемной составляющей кадрового ресурса медицинских организаций. Сестринское дело сегодня — это самостоятельная отрасль здравоохранения с достаточно четко выраженными функциональными обязанностями, как по реабилитации пациентов, так и по повышению качества их жизни. Например, в странах с хорошо развитой системой первичной помощи ведение пациентов со многими хроническими заболеваниями осуществляется медицинскими сестрами.

Следовательно, расширение границ сестринской практики способствует: повышению доступности медицинской помощи; улучшению качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов; регулированию нагрузки врача и освобождению его времени на консультирование и лечение пациентов; повышению профессионального статуса медицинских сестер; повышению ответственности за пациента.

Как наука, сестринское дело опирается на знания, проверенные на практике. Раньше сестринское дело заимствовало знания из медицины, психологии, культурологии и социологии. Сейчас к ним прибавляются новые разделы (теория и философия сестринского дела, менеджмент и лидерство в сестринском деле, маркетинг сестринских услуг и т. Д.), создается уникальная структура знаний в сестринской области. Сестринское дело начинается со стремления медсестры определить и выразить сущность своих обязанностей и способов их исполнения. В процессе работы у медсестер вырабатывается концептуальный подход с проявлением специфики практической и аналитической деятельности. На базе этого подхода составляются обширные описания особенностей сестринского дела.

Я считаю, что медсестра-исследователь должна уметь черпать новую информацию из разных источников, формировать собственную точку зрения, уметь определять приоритетные направления исследований, цели и задачи исследования, аргументированно отстаивать свою позицию, владеть общими методологическими, методическими и особенно инновационными исследовательскими приемами работы. Человек — это очень хрупкое существо, здоровье которого требует большое количество внимания и правильной помощи. Именно поэтому медицинским работникам необходимо

постоянно совершенствоваться, читать литературу, общаться с врачами, с людьми выше своей квалификации, дабы оказать правильную помощь, которая спасёт его жизнь, или сделает ее качество лучше.



СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сестринское дело. Практическое руководство: учебное пособие / под ред. И.Г. Гордеевой, С.М. Отаровой, З.З. Балкизова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017 – 576 с.
2. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела: практикум [Текст] : учеб. пособие / Т. П. Обуховец ; под ред. Б.В. Кабарухина. – 14-е изд., стер. - Ростов н/Д : Феникс, 2017
3. Потребности пациента. Решение проблем пациента в сестринском деле [Текст]: учеб.-метод. пособие для студентов фак. СПО «Сестр. Дело»/ Ряз. гос. мед. ун-т; сост. Н.С. Асфандиярова. – Рязань: РИО РязГМУ, 2014 – 155 с.
4. Мухина С.А. Теоретические основы сестринского дела [Текст]: учебник для медицинских училищ и колледжей / С.А. Мухина, И.И. Тарновская. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Изд. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2014. – 368 с.
5. Мухина С.А. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» [Текст]: учеб. пособие / С.А. Мухина, И.И. Тарновская. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Изд. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2014. – 512 с.
6. Теория сестринского дела: учебник для студентов медицинских вузов [Текст]: / Г.М. Перфильева [и др.]. - М.: Изд. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010 - 256

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ В УСЛОВИЯХ ПМСП

Махпирова Н.А.

*Главная медицинская сестра,
ГКП на ПХВ «Городская больница «Алатау»,
Республика Казахстан, г.Алматы*

Аннотация. *Мақалада социологиялық зерттеудің талдауы келтірілген, оның мақсаты мейірбикелік технологиялардың пациенттерге бағытталған жаңа моделін енгізгенге дейін және енгізгеннен кейін МСАК-та көрсетілетін медициналық көмектің сапасы туралы халықтың пікірін зерттеу болып табылады.*

Annotation. *The article presents an analysis of a sociological study, the purpose of which is to study the opinions of the population about the quality of medical care provided in primary health care before and after the introduction of a new patient-oriented model of nursing technologies.*

Ключевые слова: качество, сестринская деятельность, управление качеством.

Процесс перехода на пациент-ориентированную модель оказания медицинской помощи в условиях ПМСП, был начат с прохождения в марте 2019 года аккредитации по обновленным стандартам согласно приказу Министра здравоохранения от 5 июня 2018 года № 325 «О внесении изменения и дополнения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций», где стандарты аккредитации разработаны с учетом рекомендаций Всемирной Организации Здравоохранения, международных стандартов аккредитации, требований Международного Общества по качеству в сфере здравоохранения – ISQua. Следует отметить, что в контексте стандартов аккредитации имеются требования касательно приоритетности безопасности пациента, оказания медицинской помощи вокруг нужд пациента. Однако, не было углубленных технологий реализации пациент-ориентированного принципа в деятельности медицинского персонала среднего звена.

Бесспорно, то, что для всех пациентов и их семей отношения с медсестрами, обеспечивающими уход, имеют решающее значение для качества их медицинского обслуживания. Качество этих взаимоотношений выделяется в исследованиях удовлетворенности пациентов как особо важное, и в этом контексте одна из основных задач медсестры - выявить конкретный и ценный диапазон потребностей и проблем пациентов.

Не могу не отметить, что пандемия коронавируса (COVID-19) привела к значительным изменениям в том, как предоставляются и используются услуги

первичной медико-санитарной помощи. Смена услуг повлияла на весь процесс оказания помощи. Это включает изменения в укреплении здоровья и поддержку уязвимых людей в обществе; дистанционные консультации в первичной помощи и новое сотрудничество в системе здравоохранения и ухода. Все это более остро показало потребность в дальнейшем совершенствовании процессов оказания медицинской помощи, ориентированной на нужды пациента.

После выхода в свет Клинического сестринского руководства РЦРЗ МЗ РК «Уход, ориентированный на пациента и его семью» с целью улучшения работы сестринского персонала, ПМСП принято решение о внедрении рекомендаций данного руководства.

Внедрение рекомендаций Руководства проводилось согласно разработанному алгоритму. Мероприятия по внедрению рекомендаций осуществлены согласно плану внедрения проекта. Изменения доведены до персонала, организовано обучение промоуторов, затем каскадным методом обучение персонала промоуторами по требованиям Руководства с полным охватом сотрудников среднего звена ПМСП.

Для выяснения мнения населения о внедрении новой пациент-ориентированной модели сестринских технологий, мы провели одномоментное поперечное исследование, с помощью анкетирования («Анкета для пациентов амбулаторно-поликлинической помощи», Приложение В). Опросник был разработан на основе международного опыта и содержал основные вопросы, касающиеся отношения пациентов к инновационным технологиям в сестринском деле. В исследование приняли участие 211 человек, получающих первичную медико-санитарную помощь в Городской больнице Алатау.

В ходе настоящего исследования был проведен анализ результатов выборочного анонимного анкетирования 211 пациентов: 43,6% мужчин (n=92), женщин 56,4% (n=119). Возрастная категория респондентов была разделена на следующие группы: до 29 лет - 1,4% (n=3); 30-40 лет – 27,5% (n=58); 41-50 - 36% (n=76); 51-59 – 31,3% (n=66); 60 и старше – 3,8% (n=8).

По уровню образования мы разделили участников исследования на 4 группы. Среднее образование было у 24,2% (n=51) респондентов, среднее специальное у 21,8% (n=46) опрошенных, незаконченное высшее у 14,7% (n=31) человек, высшее у 39,3% (n=83) участников исследования.

Из общего количества (795 чел.) пациентов, принявших участие в социологических опросах, 44,1% (n=93) составили работающие, 14,7% (n=31) респондентов сообщили, что они не работают, пенсионеры по возрасту составили 39,8% (n=84), 1,4% респондентов идентифицировали себя как «учащиеся, студенты». Кроме того, количество инвалидов из общего числа респондентов составило 4,7%.

Данные анализа о составе респондентов свидетельствуют о том, что в социологическом опросе, среди потребителей медицинских услуг на амбулаторно-поликлиническом уровне, приняли участие в основном граждане работоспособного возраста; в подавляющем большинстве имеющие высшее и

незаконченное высшее образование (на их долю пришлось 54%); преобладающий половой состав респондентов — это женское население (56%).

Очевидно, что большее значение для пациента, пришедшего в поликлинику, имеет оперативность работы сотрудников регистратуры. Следует отметить положительную динамику после внедрения Клинических рекомендаций, по оценке пациентов по данному критерию: в первом полугодии 2020 года лишь больше половины респондентов - 78,9% (n=86) оценили на «отлично» работу сотрудников регистратуры, в то время как за 3-4 кварталы 2020 года такую оценку дали большинство пациентов - 91,2% (n=93). К тому же, в первых кварталах исследуемого года 0,9% опрошенных дали оценку «неудовлетворительно».

Немаловажное значение для пациента имеет внимание и корректность медицинского персонала регистратуры, с которым сталкивается больной в первые минуты своего пребывания в поликлинике. В работе регистратуры Городской больницы Алатау задействован медицинский персонал среднего звена.

Из общего числа респондентов, по данным результатов анкетирования, проведенного в 1 и 2 квартале, показали, что лишь 72,8% (n=78 чел.) считали, что медицинский персонал регистратуры проявляет максимум усилия и корректности к пациентам. В ходе настоящего исследования, опрос пациентов продемонстрировал, что после внедрения Клинического руководства, большее число респондентов 91,8% (n=94) оценили на «отлично» проявление персоналом внимания и корректности к пациентам.

По данным проведенного анкетирования в исследуемые периоды 2020 года, абсолютное большинство респондентов, принявших участие в опросах: в первые два квартала 83,5% (n=91) и в 3-4 квартале 97,1% (n=99) респондентов, отмечают достаточно высокий уровень профессионализма медицинских сестер поликлиники.

Данный показатель практически соответствует и уровню доверия пациентов-респондентов медицинским сестрам поликлинического звена и притом, он также с положительной динамикой с достижением 99% (n=101) к концу 2020 года, что свидетельствует о высоком уровне доверия пациента к ним.

Обращает на себя внимание, что за период анкетирования во втором полугодии отмечается высокая степень внимания и уровень контактности медицинских сестер поликлиники, так, 93,8% опрошенных (n=94) оценили их как «отличное», в то время как, данный показатель за первое полугодие был значительно ниже и составил 89,2% (n=81), такие существенные улучшения объясняется внедрением рекомендаций Клинического руководства, эффективностью использования медицинскими сестрами коммуникативных навыков, приобретенных в процессе их обучения.

Предоставление пациентам достаточной информации о медсестринских вмешательствах и планах имеет важное значение для оказания помощи, ориентированной на пациента. Одна из целей ухода за больными - дать

пациентам возможность жить с максимальным чувством благополучия. Медсестры помогают пациентам добиться этого, сведя к минимуму количество нежелательных и необоснованных процедур. Лучший способ помочь пациенту сохранить право на самоопределение — это для медсестер полностью понять юридические и моральные права пациента и предоставить этому пациенту или его заместителю информацию, необходимую для принятия обоснованного медицинского решения.

Результат проведенного социологического опроса показал, что, если в первом полугодии 2020 года, до внедрения рекомендаций Клинического руководства, респонденты давали довольно низкую оценку предоставляемой медицинскими сестрами поликлиники информации о состоянии здоровья пациента, процедуре и методе лечения, которое он получает: так, неудовлетворительную и удовлетворительную оценку дали 13,8% (n=15) респондентов, оценили на «хорошо» 21,1% (n=23), на «отлично» чуть больше половины – 62,4% (n=68) респондентов; то после применения медицинскими сестрами рекомендаций руководства высокую оценку предоставляемой медицинскими сестрами информации дали значительное большинство респондентов – 91,2% (n=93) и отметили, что получили четкую информацию о преимуществах и компромиссах лечения для их состояния. Кроме того, в ответах респондентов не встречалось оценок «неудовлетворительно» и лишь 1 пациент поставил оценку «удовлетворительно» (1%). Такая позитивная динамика информированием на всех этапах обследования и лечения является подтверждением результативности стратегии медицинской помощи, ориентированной на нужды пациента.

Аналогичная ситуация наблюдается в динамике и при оценке респондентами уровня своего участия в принятии решений и адаптации медицинской помощи совместно с медицинскими сестрами. Так, если до внедрения рекомендаций в первых кварталах 2020 года одна треть респондентов затруднились ответить 39,5% (n=43) и лишь 60,5% пациентов (n=66), принявших участие в опросе, были вовлечены медицинскими сестрами в процесс принятия решений относительно их ухода, и, по мнению половины 50,5% от общего количества респондентов оценили это на «удовлетворительно» (n=55) и 9,2% (n=10) «неудовлетворительно», и, если, только один респондент (0,9%) поставил оценку «хорошо», то последующие анкетирования показывают высокую оценку пациентами уровня своего участия: на «отлично» оценили 94,1% и «хорошо» 5,9%.

ВЫВОДЫ: Исследование индикатора общей удовлетворенности пациентов поликлинического звена Городской больницы Алатау оказанными услугами показало устойчивую позитивную тенденцию. Удовлетворенность пациентов работой сотрудников регистратуры улучшилась с 78,9% до 91,2%, информированием на всех этапах обследования и лечения увеличилась с 62,4% до внедрения пациент-ориентированной стратегии оказания медицинской помощи до 91,2% после внедрения, т.е. на 28,8%. Удовлетворенность пациентами степени внимания и уровня контактности среднего медицинского

персонала стабильно высокая - 93,6%. Отмечается высокая оценка потребителями медицинских услуг уровня профессионализма, внимания, доверия к медицинским сотрудникам: 97,1% дали высокую оценку уровню профессионализма медицинских сестер, данный показатель практически соответствует и уровню доверия к ним - 99%.

Данные, полученные при изучении удовлетворенности пациентов, обработаны специальной программой PASWstatistics версии 19. Получены значимые различия при изучении динамики индикаторов $p = 0,0022$ за 1 и 2 кварталы 2020г., что ниже порогового значения 0,05 и за 2 и 3 кварталы 2020г. $= 0,036$.

Таким образом, после внедрения пациент-ориентированной модели оказания медицинской помощи результаты удовлетворенности пациентов дали статистическую значимость, ниже порогового значения 0,05 в обоих рассматриваемых периодах.

СЕСТРИНСКИЙ ТРИАЖ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Омашбекова А.М.

Главная медицинская сестра

КГП на ПХВ «Алматинский онкологический центр» УОЗ г. Алматы

г. Алматы, Республика Казахстан

Аннотация. *Алдымен Қазақстандағы триаж жүйесі деген не? "ТРИАЖ" сөзі француз тілінен аударғанда "сұрыптау" дегенді білдіреді.*

Annotation. *To begin with, it is necessary to understand what is the triage system in Kazakhstan? The word "triage" - translated from French means "sorting".*

Ключевые слова: триаж, сортировка, мультидисциплинарная помощь.

Триаж система — это медицинская сортировка-распределение в приемном отделении медицинской организации поступающих больных на группы, исходя из первоочередности оказания экстренной медицинской помощи. Медицинская сортировка имеет своей целью обеспечение своевременной помощи в оптимальном объеме максимально большому числу больных в экстренных условиях.

Как театр начинается с вешалки, так любое медицинское учреждение начинается с приемного отделения. Именно сюда попадают люди, нуждающиеся в медицинской помощи, и от того, как примут их, отзовутся на их проблемы, помогут победить страх и неуверенность, от доброжелательности, чуткости, внимания персонала зависит доверие человека к данному медицинскому учреждению, вера в исцеление, надежда на лучшее [3].

Медицинскую сортировку незамедлительно проводит медицинская сестра приемного отделения стационара.

Определены три потока медицинской сортировки - красный, желтый, зеленый. Суть новой системы триаж состоит в том, что пациентам,

поступившим в состоянии, угрожающем их жизни, незамедлительно начинается оказываться интенсивная терапия - красный поток.

По желтому потоку направляются пациенты, состояние которых оценивается как средней степени тяжести, т.е. пациент нуждается в неотложной помощи, но их состояние на данный момент не представляет угрозу жизни.

По зеленому потоку идут пациенты, жизнь которых не находится в опасности, общее состояние которых является удовлетворительным.

Для обеспечения своевременного оказания медицинской помощи максимальному числу пациентов в оптимальном объеме в зависимости от характера и тяжести заболевания в приемном отделении проводится медицинская сортировка (триаж), которая позволяет распределить обращающихся пациентов на потоки нуждающихся в однородных лечебно-профилактических мероприятиях с определением очередности.

Стратегия сестринской практики должна соответствовать меняющимся потребностям системы здравоохранения, иметь научное обоснование, быть социально приемлемой, обеспечивать общедоступность медицинской помощи (особенно тем группам населения, которые испытывают наибольшую потребность в ней), предоставлять помощь в стенах лечебного учреждения, гарантируя высокое качество помощи

Необходимость в сестринском триаже возникла ещё и по той причине, что при самообращении пациента «на своих ногах» его реальное состояние может быть определено только после проведения ряда медицинских исследований, и при обнаружении критических показателей он срочно переводится в красный поток. Для оценки состояния пациента разработана стандартная операционная процедура (СОП) с сортировочной шкалой, в которую входят следующие показатели:

- Частота дыхательных движений ЧДД
 - Уровень оксигенации крови (пульсоксиметрия)
 - Частота сердечных сокращений ЧСС
 - Температура тела
 - Оценка уровня сознания
 - Уровень артериального давления
 - Осмотр верхний дыхательных путей
- Учитывая состояние пациента, он направляется по определенному потоку для оказания ему врачебной помощи.

Для ускорения постановки диагноза пациенту приемное

Неотложная помощь	ПАЦИЕНТ НАХОДИТСЯ В СОСТОЯНИИ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩЕМ УГРОЗУ ДЛЯ ЖИЗНИ. ПАЦИЕНТА НЕОБХОДИМО НЕМЕДЛЕННО ОСМОТРЕТЬ, ДИАГНОСТИРОВАТЬ ЗАБОЛЕВАНИЕ И ПРОВЕСТИ ЛЕЧЕНИЕ.
Срочная помощь	ПАЦИЕНТ НУЖДАЕТСЯ В НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ, ОДНАКО ЕГО СОСТОЯНИЕ НА ДАННЫЙ МОМЕНТ НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ УГРОЗУ ДЛЯ ЖИЗНИ.
Несрочная помощь	ЖИЗНЬ ПАЦИЕНТА НЕ НАХОДИТСЯ В ОПАСНОСТИ. РАССТРОЙСТВО ИЛИ НЕДОМОГАНИЕ ВОЗНИКЛО НЕСКОЛЬКО НЕДЕЛЬ ИЛИ ДАЖЕ МЕСЯЦЕВ НАЗАД. К ДАННОЙ ГРУППЕ ТАКЖЕ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ, У КОТОРЫХ НАБЛЮДАЕТСЯ ЛОКАЛЬНАЯ ТРАВМА, ОДНАКО ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫМ.

отделение оснащено пульсоксиметрами, бесконтактными термометрами и наручными тонометрами.

Очень важным считают специалисты решение вопроса с сопровождающими лицами. Именно они, по словам врачей, из-за своей эмоциональности зачастую создают ненужную суету, мешая своевременно и четко оказать помощь больному. Теперь в “семерке” они имеют возможность наблюдать за состоянием своих близких по монитору, установленному в отдельной комнате.

Список использованной литературы

1. Послание Президента Республики Казахстан - Лидера нации Н. А. НАЗАРБАЕВА народу Казахстана Стратегия «Казахстан-2050»
2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2017 года № 450 «Об утверждении Правил оказания скорой медицинской помощи в Республике Казахстан». Астана, 2017
3. К.А.Гаркалов, Р.Д.Распекова, Г.Х.Абдугожин, Астана медициналық журналы, 2003, №1, С.34-36.
4. Furnholmen C. and Magnussen J. Health Care Systems in Transition: Norway. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2000.
5. Венские рекомендации по HealthPromotingHospitals(Приняты на 3-м Совещании Национальных/Региональных Координаторов Сетей НРН, Вена, 16 апреля 1997г.)
6. Ниязова Г.И. Об оценке качества оказания медицинской помощи после внедрения АСУ скорой помощи // Материалы Центрально-Азиатской конференции «Современные инструменты обеспечения качества медицинских услуг», Астана, 2010, С.160-161.

БЕЗОПАСНОЕ ОКАЗАНИЕ ИСКУССТВЕННОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТУ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Абабкова М.А.

Бакалавр, координатор по развитию сестринского дела ГКП на ПХВ «Центр перинатологии и детской кардиохирургии» г. Алматы

Аннотация. Пневмонияға жататын коронавирус инфекциясы - бұл атипті түріне жатады және оның негізінде өкпе тінінің қабыну өзгерістерінен басқа, вирустық альвеолит және тамырлы канал (васкулит, бірнеше тромбоз) сияқты тыныс алу аппаратының (альвеолалардың) ең кішкентай құрылымдары зақымдалады. Барлық осы компоненттер қанның қалыпты оттегімен қанығуына, ұлпалар мен мүшелердің оттегі ашығуына және тыныс алу жеткіліксіздігінің жоғарылауына жол бермейтін ауыр массалық (көбінесе екі жақты) зақымға әкеледі.

Тыныс алу бұзылыстары бар науқастарға мейірбикелік бақылау және уақтылы медициналық араласу қажет.

Біздің мақалада: медбикелерге қалай нұсқау беру керек және оларды қателіктерден қалай ескерту керектігі; сатурация деңгейін анықтау үшін дұрыс жабдықты қалай таңдауға болады; инвазивті емес механикалық желдетуге арналған құрылғылар қандай; инвазивті және инвазивті емес жасанды желдету аппараттарының айырмашылы; науқасты инвазивті емес желдету терапиясына қалай дайындау керектігі айтылған.

Мақаладағы бастысы:

Тыныс алу жетіспеушілігін қалай анықтауға болады

Сатурация деңгейін анықтау үшін дұрыс құрылғыны қалай таңдауға болады

Инвазивті емес желдету: қауіпсіз терапия туралы мәліметтер

Өкпені инвазивті емес желдету үшін пациенттермен жұмыс істеу бойынша ұсынымдар

Как определить дыхательную недостаточность. Виды дыхательной недостаточности.

В наше время умение профессионально оказать респираторную поддержку пациенту стало одним из главных требований к медперсоналу, в частности, к медицинским сестрам. В первую очередь необходимо своевременно определить наличие у пациента дыхательной недостаточности. Напомните медперсоналу, какие виды дыхательной недостаточности бывают и как они прогрессируют. Разъясните медсестрам их роль в наблюдении за дыханием пациента. Напомните, что вовремя выявленные признаки дыхательной недостаточности позволяют предотвратить развитие серьезных осложнений и спасти человеку жизнь.

Внимание! Дыхательная недостаточность — патология, при которой диагностируют нарушение процесса газообмена в артериальной крови легких.

Памятка. «Острая дыхательная недостаточность»

ОДН (острая дыхательная недостаточность) – это неспособность системы дыхания обеспечить поступление кислорода и выведение углекислого газа, необходимого для поддержания нормального функционирования организма.

Клинические признаки: цианоз кожных покровов, частота дыхания более 40 или менее 8 в минуту, SpO₂ менее 90 при дыхании атмосферным воздухом. Для острой дыхательной недостаточности (ОДН) характерно быстрое прогрессирование, когда через несколько часов, а иногда и минут может наступить смерть пациента.

Причины: нарушение проходимости дыхательных путей, западение языка, обструкция инородным телом гортани или трахеи, отек гортани, выраженный ларингоспазм, гематома или опухоль, бронхоспазм, хроническая обструктивная болезнь легких, и бронхиальная астма.

А также травмы и заболевания: травмы грудной клетки и живота, респираторный дистресс синдром, или «шоковое легкое», пневмония, пневмосклероз, эмфизема, ателектазы, тромбоэмболия ветвей легочной

артерии, жировая эмболия, эмболия околоплодными водами, сепсис и анафилактический шок, судорожный синдром любого происхождения, миастении, синдром Гийена Барре, гемолиз эритроцитов, кровопотеря. Экзо и эндогенные интоксикации (опиаты, барбитураты, СО, цианиды, метгемоглобинообразующие вещества) Травмы и заболевания головного и спинного мозга.

По степени тяжести ОДН подразделяют на 4 стадии:

1 стадия. Больные возбуждены, напряжены, часто жалуются на головную боль, бессоницу. ЧДД до 25-30 в минуту. Кожные покровы холодные, бледные, влажные, цианоз слизистых оболочек, ногтевых лож. Артериальное давление, особенно диастолическое), повышено, отмечается тахикардия SpO₂<90%.

2 стадия. Сознание спутано, двигательное возбуждение, ЧДД до 35-40 в минуту. Выраженный цианоз кожных покровов, в дыхании принимают вспомогательные мышцы. Стойкая артериальная гипертензия (кроме случаев тромбэмболии легочной артерии), тахикардия. Непроизвольное мочеотделение, дефекация. При быстром нарастании гипоксии могут быть судороги. Отмечается дальнейшее снижение сатурации O₂.

3 стадия. Дыхательная недостаточность третьей степени – это уже предпоследняя стадия болезни, при которой пациент может находиться только в стационаре. У больного наблюдается ярко выраженная одышка с сильным западанием грудной клетки. Все силы организма бросаются на сохранение функции дыхания, поэтому человек пассивен и апатичен. Изменения происходят и в системе кровообращения: страдает сердце, начинается падение артериального давления и тахикардия.

4 стадия. Смертельная степень болезни. Она практически не поддается лечению. Нередко на этой стадии наблюдается остановка дыхания. В результате у пациента развивается энцефалопатия, судороги, кома.

Таблица 1. Классификация дыхательной недостаточности

Острая	Хроническая	Острая на фоне хронической
Развивается минуты, часы, дни	Развивается недели, месяцы, годы	Развивается минуты, часы, дни на фоне хронической
Жизнеугрожающее состояние, нарушение рН	Одышка, цианоз, возможен сероватый оттенок кожи, гипоксемия рН в норме	ХДН, переходящая в ОДН
Нарушение проходимости дыхательных путей, болевой синдром и недостаточность функции дыхательной мускулатуры, поражения	Удлинение вдоха, изменение глубины, участие вспомогательных мышц	

центральной нервной системы, электротравмы, массивная кровопотеря, паралич кишечника, инфекции (ботулизм, столбняк, полиомиелит), прием наркотических средств или психотропных веществ.	Легочная гипертензия, заболевания центральной нервной системы, периферических нервов, мышц, бронхолегочные.	
---	---	--

Медсестринскому составу необходимо знать о параметрах, которые необходимо контролировать:

дыхательные движения грудной клетки;
 частота дыхательных движений (ЧДД) в минуту;
 ритм, глубина, тип и громкость дыхания;
 наличие одышки, храп;
 уровень сатурации.

Медицинская сестра должна помнить, что при определении и фиксации параметров дыхания учитываются физиологическое состояние пациента и положение его тела.

Используйте готовую памятку для персонала, в которой указаны основные признаки дыхательной недостаточности.

Памятка. «Как оценить дыхательную активность пациента»

1. Внимательно изучите дыхательные движения грудной клетки пациента. Проверьте, нет ли отставаний одной половины. Оцените участие вспомогательных мышц в дыхании.
2. Измерьте частоту дыхательных движений (ЧДД) в минуту. Если пациент в сознании, можно применить метод подсчета вдохов, определите ритм дыхания соотношение циклов вдох-выдох», оцените глубину дыхания: глубокое или поверхностное. Оцените тип дыхания: грудной, брюшной, смешанный. Отметьте, если у пациента одышка и/или храп.
3. Обратите внимание на громкость дыхания, есть ли шум на вдохе, выдохе, свистящий шум, укажите фазу дыхания, в которой происходит его нарушение
4. Измерьте уровень сатурации в крови с помощью пульсоксиметра.
5. Понаблюдайте, беспокоят ли пациента частые пробуждения или повышенное потоотделение во время сна. Поинтересуйтесь, испытывает ли он сонливость или повышенную утомляемость днем.
6. Проведите осмотр кожных покровов, слизистых и ногтевых пластин. О дыхательной недостаточности свидетельствует бледная, цианотическая и влажная кожа, выраженная бледность носогубного треугольника, бледность или синюшность ногтевых пластин.
7. Обратите внимание на выраженность вен шеи, напряженность мышц грудной клетки и выбухание межреберных мышц.
8. Помните, что нарушение дыхания нередко сопровождается изменением артериального давления, которое в свою очередь, может быть связано с гипертермией или гипотермией.

Требуйте обязательно фиксировать все данные контролируемых параметров в медицинских документах. При выявлении патологического

дыхания или ухудшении состояния пациента медсестра обязана немедленно сообщать об этом врачу.

Как правильно подобрать устройство для определения уровня сатурации.

Как определить частоту дыхательных движений у пациента.

Уровень сатурации измеряют чтобы точнее определить состояние пациента с нарушениями дыхания. Для количественной оценки возможностей крови транспортировать кислород и углекислый газ проводят анализ газового состава артериальной крови (ГСАК). Это наиболее точный показатель эффективности газообмена. Данный анализ проводят только в стационарных и лабораторных условиях. Медработникам необходимо строго соблюдать правила забора крови, условия хранения и транспортировки биоматериала. Также метод требует время на доставку образцов в лабораторию, сам анализ и получение результатов.

Частоту дыхательных движений определяют методом подсчета вдохов. Измерения проводят, когда пациент спит. Если больной бодрствует, его не предупреждают о проводимой диагностике, чтобы он не контролировал дыхание. Наиболее частый отвлекающий прием, который используют медработники, — имитация подсчета частоты сердечных сокращений на запястье. Чтобы упростить и ускорить процесс диагностики, используют сатураторы или пульсоксиметры. Это компактные приборы, с помощью которых можно мгновенно измерить уровень кислорода в крови и частоту пульса в любом удобном месте. Как правило, пульсоксиметр выпускают в виде небольшого периферического датчика-прищепки, который фиксируют на пальце. Также бывают датчики на мочку уха или пазуху носа, в виде браслета на запястье. У всех пульсоксиметров есть небольшой экран, на котором отображаются регистрируемые показатели. Некоторые аппараты можно подключить к удаленным мониторам, компьютерам и смартфонам. Наиболее современные пульсоксиметры имеют функцию памяти, могут дистанционно передавать показатели и подают звуковой сигнал тревоги.

Внимание! В норме уровень содержания кислорода в крови у взрослого человека составляет 95–98%, у новорожденных — 93–96%. У пациентов с хроническими болезнями дыхательной и сердечно-сосудистой систем, а также у курильщиков — 92–95%.

Как правильно выбрать сатуратор

Разъясните медперсоналу правила подбора устройства. Для постоянного мониторинга выбирают пульсоксиметр с ярким монитором, чтобы цифры на дисплее легко считывались. Пациентам в критическом состоянии необходим аппарат, который непрерывно определяет уровень сатурации.

Помните, что при выборе пульсоксиметра нужно учитывать возраст больного. Некоторые девайсы рассчитаны только на взрослых или только на детей. При невнимательном подборе их показатели могут запутать медперсонал и привести к неправильной тактике лечения. Расскажите, как правильно использовать аппарат. Воспользуйтесь памяткой для персонала "Как правильно использовать пульсоксиметр".

Памятка

«Как правильно использовать пульсоксиметр»

1. Включите устройство. Проверьте уровень заряда элементов питания, убедитесь в исправности прибора;
2. Выберите подходящий по размерам датчик прищепку;
3. Зафиксируйте датчик на пальце таким образом, чтобы чувствительная часть устройства соприкасалась с подушечкой пальца дистальной фаланги, не с ногтем. Как правило у взрослых датчик располагается на 2-м, 3-м, 4-м пальце руки, у новорожденных- на большом пальце ноги;
4. Подождите несколько секунд пока пульсоксиметр определит пульс и вычислит сатурацию;
5. Посмотрите на кривую пульсовой волны;
6. Оцените показатели пульса и сатурацию на дисплее.

Неинвазивная вентиляция легких: детали безопасной терапии

Показания к неинвазивной вентиляции легких

Показаниями для неинвазивной вентиляции легких является нарастание симптомов дыхательной недостаточности и снижении показателей сатурации ниже нормы. В такой ситуации врач корректирует лечение и усиливает контроль за состоянием пациента. Одна из приоритетных мер — респираторная поддержка. Задача медицинской сестры на этом этапе — своевременно определять симптомы, при которых пациента немедленно подключают к системе оксигенотерапии. Показанием к неинвазивной вентиляции легких (НИВЛ) является:

- нарушение дыхания, в том числе одышка, в состоянии покоя;
- ЧД > 25/мин и более;
- при гиперкапнии — $P_aCO_2 > 45$ и его стремительном нарастании
- при уровне $P_h < 7,35$ и его стремительном падении;
- симптоматическое отсутствие положительного эффекта от кислородотерапии;
- гипоксемия и расстройства газообмена;
- повышение сопротивления дыхательных путей в 1,5–2 раза от нормы.

Типы аппаратов неинвазивной искусственной вентиляции легких

Для создания постоянного положительного давления в дыхательных путях используют СИПАП терапию. СИПАП-аппараты активно используют для лечения обструктивного апноэ сна, посттравматической и послеоперационной дыхательной недостаточности. Однако они не подходят больным с боковым амиотрофическим склерозом.

Второй тип аппаратов — БИПАП — представляет собой компрессор, нагнетающий в дыхательные пути атмосферный воздух под давлением, уровень которого зависит от фазы дыхательного цикла. Аппарат использует увеличенное давление на вдохе и уменьшенное — на выдохе. Специальный датчик — триггер — регистрирует фазы дыхательного цикла. Благодаря этому на вдохе воздух подается в контур, а при выдохе давление сбрасывается. БИПАП-терапию применяют для респираторной поддержки с ослабленной

дыхательной мускулатурой при БАС, параличе диафрагмы после полиомиелита.

Обучите, как правильно подбирать маски. Объясните, что правильный подбор медицинского изделия для кислородотерапии зависит не только от размера, возраста, состояния пациента и типа дыхания. Учитывают причины дыхательной недостаточности, степень сатурации и источник кислорода.

Чтобы объяснить, как выбрать маску для СИПАП- и БИПАП-терапии, используйте таблицу 2.

К сведению! БИПАП (bi-level positive airway pressure) аппарат для неинвазивной вентиляции легких (НИВЛ), подающий воздух через специальную маску, предназначен для респираторной поддержки больных с нарушением функции дыхания вследствие различных причин. Метод может применяться как в качестве терапии первой линии, так и после инвазивной искусственной вентиляции легких. В последнем случае масочная вспомогательная вентиляция облегчает и ускоряет восстановление самостоятельного дыхания.

Прибор контролирует дыхание как на вдохе, так и на выдохе, создавая двухфазное положительное давление в дыхательных путях – Biphasic Positive Airway Pressure. Поэтому такие устройства называются BiPAP (БИПАП). Поскольку уровень давления на вдохе и на выдохе разный, их также называют BiLevel (билевел – двухуровневый).

Внимание! В чем состоит отличие ИВЛ от СИПАП и БИПАП. ИВЛ – аппарат полностью дышит за пациента, даже если он находится в коме. В отличие от ИВЛ, аппарат СИПАП помогает дышать, грудные мышцы пациента остаются в рабочем состоянии. За счет создания положительного или отрицательного давления СИПАП позволяет делать более глубокий вдох или выдох, более качественно наполняя легкие. Данный вспомогательный режим вентиляции прописывается пациентам, страдающим апноэ и другими видами заболеваний. На заметку: почти все ИВЛ-устройства имеют режим СИПАП.

СИПАП и БИПАП-терапия может использоваться для оказания первичной помощи пациентам с COVID-19, нуждающимся в респираторной поддержке. В соответствии с клиническими протоколами и отчетами, полученными от клиницистов Италии и Китая, неинвазивная вентиляция (в т.ч. в режимах БИПАП и СИПАП) для пациентов с COVID-19 рекомендована при следующих сценариях:

- для обеспечения респираторной поддержки пациентам с дыхательной недостаточностью, которые еще не перешли в более тяжелую гипоксемию;
- для облегчения экстубации и восстановления после инвазивной вентиляции;
- для сокращения пребывания пациентов в стационаре, предоставляя возможность больным, которые все еще нуждаются в респираторной поддержке и реабилитации, перейти на домашнее лечение.

Таблица 2. Типы масок для СИПАП- и БИПАП-терапии

Тип маски	Особенности	Недостатки
Ротоносовая	Закрывает рот и нос пациента. Поступление кислорода гарантировано независимо от дыхания пациента ртом или носом	Необходим тщательный подбор и плотная фиксация медизделия. Маска почти полностью закрывает лицо и ухудшает обзор, что важно для пациентов в сознании. Обязательна профилактика пролежней
Гибридная	Более компактная и легкая ротоносовая маска без лобного фиксатора. Не загороживает обзор пациенту	----
Назальная	Значительно меньше носо-ротовой по размеру. Имеет меньший контакт с лицом	При использовании необходимо следить, чтобы пациент делал вдохи носом для эффективной кислородотерапии
Оральная	Охватывает только рот пациента. Имеет меньший контакт с лицом. Не загороживает обзор	Не гарантирует поступление кислорода в дыхательные пути при переходе на носовое дыхание
Полнолицевая	Закрывает почти все лицо, не оставляет следов на лбу и щеках. У маски широкий обзор, она подходит пациентам с клаустрофобией и детям	Подходит только для СИПАП-терапии. Не исключает контакта кислорода с кожей лица и слизистой оболочек глаз

Важно! БИПАП-аппарат, как и любой иной аппарат для неинвазивной искусственной вентиляции легких, не способен заменить комплекс мероприятий, выполняемых в реанимационных отделениях и необходимых больным с тяжелыми нарушениями дыхательной функции и сопутствующими патологиям.

Напомним, что для каждого пациента подбирают необходимый уровень насыщения воздуха кислородом. *Неконтролируемая кислородотерапия* — потенциально опасный вид лечения. Она способна привести к тяжелым осложнениям, вплоть до летально исхода. Важное условие оксигенотерапии — строгое дозирование процентного содержания кислорода во вдыхаемом воздухе под контролем пульсоксиметра. Оно не должно превышать 93–95 процентов. Следовательно, при выборе маски важно обращать внимание на тип медицинского изделия по концентрации кислорода (таблица 3).

Таблица 3. Виды кислородных медицинских изделий по концентрации кислорода

Характеристики	Низкой концентрации	Средней концентрации	Высокой концентрации
Фракция кислорода на вдохе (FiO ₂), %	35–55	40–60	до 95

<p>Типы изделий</p>	<p>Кислородные маски низкой концентрации. Рекомендованы пациентам с преимущественным ротовым дыханием либо с повышенной чувствительностью слизистых оболочек носоглотки к кислороду. Носовые канюли со стандартными прямыми или изогнутыми носовыми форсунками, которые вставляют непосредственно в ноздри</p>	<p>Кислородные маски средней концентрации. Маски Вентури. Оснащены специальным одноименным клапаном, в котором кислород проходит через арочные отверстия по бокам и смешивается с воздухом из окружающей среды. Такой метод позволяет управлять концентрацией кислорода с точно выверенной дозой до 1%</p>	<p>Кислородные маски высокой концентрации реверсивные. Кислородные маски высокой концентрации неревверсивные. Позволяют достичь максимальной концентрации кислорода, так как оснащены боковыми клапанами и мешком с контрольным клапаном, который срабатывает только на вдох. Боковые клапаны исключают смешивание воздушной смеси подмасочного пространства и окружающего воздуха, но не препятствуют дыхательному циклу. Резервный дыхательный мешок служит вместилищем для кислородной дыхательной смеси</p>
<p>Особые указания</p>	<p>В случаях затрудненного носового дыхания используют оральные или ротоносовые модели масок. При клаустрофобии — назальные маски или носовые канюли</p>	<p>Применяют при дыхательной недостаточности средней степени, в послеоперационном периоде, при транспортировке пациента</p>	<p>При необходимости неревверсивную кислородную маску можно превратить в реверсивную, если отсоединить боковые клапаны. Вдыхаемая кислородная смесь будет смешиваться с воздухом окружающей среды</p>

Также напомним, что кислородные маски подбирают в том числе по длительности использования. Существуют медицинские изделия для краткосрочного, длительного и постоянного применения.

Маски для кратковременной оксигенотерапии применяют при транспортировке пациента, в раннем послеоперационном или постинтубационном периоде, после функциональных исследований, в экстренных ситуациях, при приеме некоторых лекарств. Медицинские сестры не должны использовать этот вид медицинских изделий для длительной оксигенотерапии.

Памятка

«Алгоритм использования кислородной маски или носовых канюль»

1. Выберите кислородную маску или носовые канюли соответствующего типа и размера, дыхательную трубку;
2. Убедитесь в целостности упаковки и самого изделия, проверьте срок годности, не используйте непригодные к работе изделия;
3. Подготовьте аппарат к работе. Проверьте исправность питания от сети, уровень заряда аккумулятора;
4. Проверьте заправлен ли увлажнитель достаточным количеством дистиллированной воды. Настройте температуру подогрева воды при наличии регулировки;
5. Обработайте руки в соответствии с СОП "Обработка рук медицинского персонала" Вскройте упаковку изделия, наденьте перчатки
6. правильно наденьте маску соответствующего размера. Зафиксируйте с помощью ремешка и проверьте плотность прилегания для оксигенотерапии
7. При использовании носовых канюль слегка разведите в стороны носовые форсунки. Если они изогнуты, то они должны изгибаться в сторону пациента. Вставьте носовые форсунки в носовые проходы. Если пациент в сознании, попросите его направить систему так, как ему удобно. Зафиксируйте систему за ушами и подтяните клипсы над подбородком. Если клипсы слишком жесткие, то их можно немного прогреть
8. Присоедините кислородную маску к увлажнителю и источнику кислорода. Проверьте параметры настройки аппарата.
9. Начните подачу кислородной смеси из аппарата в маску или носовые канюли.
10. Следите за состоянием пациента. Регулярно снимайте показатели пульсоксиметра и регистрируйте в медицинской документации;
11. Если Вы используете медицинское изделие одноразового назначения, утилизируйте в КБУ класса Б, многократного назначения подлежат обеззараживанию и стерилизации.

Особые указания:

1. При возникновении аллергической реакции на материал маски (носовых канюль) выберите медицинское изделие другого производителя. От соприкосновения кожи или слизистой с материалом маски контакто-

аллергический дерматит бывает крайне редко. Как правило, он возникает при воздействии неувлажненного кислорода или на кожу нанесен жирный крем

2. Не допускайте повторного использования системы или ее частей другим пациентам

3. Не используйте и не подвергайте химической обработке системы с вышедшим сроком годности. Помните, что маски и дыхательные трубки - это строго индивидуальные, одноразовые изделия.

Правила эксплуатации, санобработки и хранения масок и дыхательных трубок для НИВЛ.

Чтобы продлить срок службы масок, необходимо выполнять требования по их эксплуатации:

Напомните медсестрам, что маска — строго индивидуальное изделие.

- Требуйте соблюдать сроки ее эксплуатации. Большинство производителей рекомендуют менять маску на новую не реже одного раза в год.
- Следите за тем, чтобы медперсонал аккуратно снимал и надевал маску.
- Рекомендуйте использовать систему увлажнения кислорода.
- Требуйте, чтобы перед каждым использованием медсестры обязательно проверяли уровень дистиллированной воды в аппарате.

Удостоверьтесь, что все аксессуары и фильтры в системе регулярно очищают и меняют.

Алгоритм

Обработки аппарата ИВЛ дезинфекцией высокого уровня (ДВУ), совмещенной с предстерилизационной обработкой (ПСО)

Очистку аппарата необходимо проводить как можно раньше, не позднее 30 минут после отключения от пациента.

Основные стадии обработки дыхательного аппарата:

Стадия 1. Разборка прибора

Стадия 2. Очистка прибора + ПСО (емкость 1)

Стадия 3. Дезинфекция (ДВУ) разборного контура прибора (емкость №2)

Стадия 4. Дезинфекция поверхностей аппаратной части прибора

Стадия 5. Сушка, хранение

1. Разборка узлов, снятие шлангов, присоединительных элементов, отсоединение увлажнителя, водяного затвора (вода из увлажнителя и водяного затвора дезинфицируется). Дыхательный контур аппаратов - это полая газопроводящая система, которая находится в тесном контакте с воздухом, вдыхаемым и выдыхаемым пациентом, лицевые маски, трахеальные трубки, трахеостомические канюли, мундштуки-загубники, коннекторы, тройники, всевозможные соединительные трубки и т.д. Дыхательный мешок также подлежит дезинфекции и ПСО.

2. Все разобранные составляющие, ИМН, промывают в емкости № 1 с рабочим раствором дезинфицирующего средства (не менее трех минут). Для отмывания можно использовать ватно-марлевые тампоны.

3. ИМН погружают в емкость №2 с рабочим раствором дезсредства для ДВУ с заполнением каналов и полостей. Разъемные изделия погружают в разобранном виде, инструменты с замковыми частями замачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворе несколько рабочих движений

4. Объем раствора для проведения обработки должен быть достаточным для обеспечения полного погружения ИМН, при этом объем раствора над изделиями должен не менее одного сантиметра. Выдержать экспозицию (время дезинфекционной обработки) ИМН согласно инструкции, для ДВУ.

5. Аппарат ИВЛ после работы протирают двукратно промаркированной ветошью по инструкции для ДВУ.

К сведению! Неинвазивная вентиляция легких (НИВЛ) не в состоянии заменить инвазивную вентиляцию в случае наиболее тяжелых форм COVID-19. Но данная терапия важна при сортировке больных в лечебно-профилактических учреждениях. СИПАП и БИПАП-аппараты обеспечивают дополнительную подачу кислорода в менее тяжелых случаях и уменьшают зависимость от инвазивных ИВЛ. Кроме того, они актуальны, где коечная емкость больниц оказалось недостаточной в условиях развернувшейся пандемии.

Важно! Контролируйте, чтобы медсестры не хранили медизделия для оксигенотерапии рядом с отопительными приборами и обогревателями, не оставляли их под воздействием прямых ультрафиолетовых и рентгеновских лучей, высоких и низких температур.

Обязите подчиненных соблюдать график санобработки масок. Обработку лучше проводить в утренние или дневные часы. Для этого силиконовую и пластиковую части маски по отдельности промывают теплой водой с разрешенным дезсредством. Обработанную сухую маску убирают в специальный контейнер для ночного использования.

Дыхательная трубка, которая соединяет аппарат и маску, не требует ежедневного ухода. Ее достаточно промывать каждые две недели. Для этого мед изделие замачивают в воде с дезсредством, потом промывают под проточной водой и высушивают. Наличие небольшого количества влаги внутри дыхательной трубки не препятствует оксигенотерапии. Раз в неделю дезинфицируют ремешки маски.

Рекомендации по работе с пациентами на НИВЛ.

Как подготовить пациента к неинвазивной вентиляции легких

Напомните медперсоналу, что некоторые пациенты трудно привыкают к ношению масок. В первое время крепежи и кислородные трубки вызывают сильный дискомфорт. Больные могут испытывать страх, что во сне маска спадет. Некоторых беспокоит бессонница или нарастающее ощущение нехватки воздуха.

Чтобы пациент мог привыкнуть к маске, рекомендуем использовать ее сначала днем. Предложите пациенту немного походить в маске, надеть на несколько минут в положении сидя, полежать в ней. Когда больной привыкнет, опробуйте маску во время дневного сна. Если к аппарату

кислородотерапии нужно подключить ребенка, придумайте интересный рассказ или игру в космонавтов.

Пациенты нередко испытывают затруднения на выдохе при использовании аппаратов с постоянным беспеременным давлением. Попросите сотрудников внимательно наблюдать за больным во время процедуры. Убедитесь, что прибор исправен и не требует коррекции настроек.

Если пациент находится на длительной или постоянной кислородотерапии, его необходимо обеспечить двумя комплектами масок и трубок.

Новые знания и навыки в работе с аппаратами неинвазивной искусственной вентиляции легких помогут спасти жизни пациентам с нарушением дыхания. Особенно это актуально в наше время, когда коронавирусу сопутствуют новые формы пневмоний и осложнений. Помимо этого медицинские сестры отделений реанимации и интенсивной терапии должны знать правила мониторинга параметров жизнедеятельности организма пациента с COVID-19 при проведении интенсивной терапии, особенности применения кислорода у больных, принципы проведения искусственного лечебного питания пациента с COVID -19 в отделении интенсивной терапии, санитарно-эпидемиологические требования соблюдения правил личной гигиены пациента с COVID-19, утилизацию ИМН, обеспечение профессиональной безопасности при работе с пациентами. Пандемия Covid-19 — это резкое напоминание о жизненно важной роли медсестры.

МЕТОДОЛОГИЯ ТРЕЙСЕРА: КАК ОЦЕНИТЬ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Абабкова М.А.

*координатор по развитию сестринского дела, бакалавр сестринского дела
ГКП на ПХВ «ЦПиДКХ» г.Алматы
Республика Казахстан, город Алматы*

Основной принцип деятельности любой медицинской организации - это удовлетворение потребностей пациента в качественной и безопасной медицинской помощи. Главная ценность организации - её сотрудники, обеспечивающие эти потребности. Вовлечение персонала в основные процессы происходит за счет постоянного повышения квалификации сотрудников, командной работы и создания условий для профессионального совершенствования. Корпоративная культура, моральное и материальное благополучие персонала способствуют созданию благоприятного социально-психологического климата в коллективе. Качество медицинской, в том числе сестринской помощи, обеспечивается профессионализмом и ее доступностью и состоит из 3 компонентов - структуры, процесса и конечного результата.

Качеством структуры сестринской деятельности являются профессиональные знания, умения и навыки, соответствие профессиональным и должностным требованиям, квалификации.

Качество процесса отражает соответствие содержания сестринской деятельности потребностям конкретного больного, соблюдение принципов позитивной больничной среды, выполнение требований стандартов (протоколов) и алгоритмов выполнения сестринских манипуляций.

Качество результативности характеризует конечный результат, достижение целей. Все компоненты качества взаимосвязаны и оказывают друг на друга влияние.

На сегодняшний день стандарты национальной аккредитации РК для медицинских организаций, оказывающих стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь, были одобрены Международным обществом по качеству в здравоохранении (ISQua) – уполномоченным органом в области оценки международных систем и стандартов аккредитации в мире. В национальные стандарты аккредитации включены требования по примеру международных стандартов аккредитации. Статус аккредитации медицинской организации является символом непрерывного улучшения качества. Это возможно благодаря наличию в организации утвержденных внутренних алгоритмов, правил и различных форм медицинской документации, которые четко определяют внутренние рабочие процессы и регламентируют область ответственности за каждый этап работы. Именно поэтому необходимо много времени использовать на обучение сотрудников требованиям внутренних нормативных документов с целью надлежащего выполнения стандартов качества, и стандартных операционных процедур (СОП).

Национальные стандарты аккредитации: «РУКОВОДСТВО ПО ИНТЕРПРЕТАЦИИ ОБНОВЛЕННЫХ СТАНДАРТОВ АККРЕДИТАЦИИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ СТАЦИОНАРНУЮ ПОМОЩЬ (3 ПЕРЕСМОТР) Астана 2017 год» одним из направлений контроля качества медицинских услуг предлагают проведение трейсеров по всем разделам деятельности сестринского персонала. Методология трейсер (трейсер (от англ. слова «trace» – след, следить) была создана Объединенной Комиссией (the Joint Commission) в США, которая аккредитует американские больницы с 1950-х годов и на сегодня аккредитовала свыше 15 000 медицинских организаций в США. Опрос персонала и наблюдения являются составной частью трейсера, однако в некоторых случаях могут проводиться отдельно. Методология проведения трейсеров определяет целенаправленное прослеживание различных этапов оказания сестринской помощи пациенту. Основу концепции в методике трейсер составляют безопасность пациента и качество предоставляемой медицинской помощи.

В ГКП на ПХВ «Центр перинатологии и детской кардиохирургии» проведение трейсеров является одним из важных факторов деятельности руководителей сестринских служб, госпитального эпидемиолога и сестры инфекционного контроля. Более двух лет функционирует мониторинговая независимая служба по инфекционному контролю, внедрена новая модель

управления сестринской службой с введением новых должностей – координатора по развитию сестринской службы и менеджера по качеству сестринских услуг, создана служба сестринского аудита, совет по инновационному развитию, независимая мониторинговая служба. Все эти усилия направлены на улучшение качества помощи, удовлетворенность пациентов. Результаты трейсеров являются определяющим индикатором для оценки качества помощи, оказанной сестринским персоналом. Постоянное проведение трейсеров позволяет определить пробелы в знаниях медицинского персонала, своевременно принимать меры для их устранения, планировать планы обучения. Трейсеры – это одно из многих направлений оценки качества медицинских услуг, используемый службой сестринского аудита. Служба сестринского аудита, созданная в Центре, – это самостоятельный общественный орган, функционал которого определен теми же задачами. Результативность деятельности медицинского персонала определяется индикаторами и критериями оценки качества, разработанных на все должности акушерок и медсестер. Ежемесячное рейтинговое подтверждение итогов оказывает влияние на стабильность эпидемиологической обстановки в Центре, профессиональную составляющую медицинского персонала.

Система контроля и оценки качества сестринских услуг основывается на:

- ✓ Разработанных и утвержденных индикаторах контроля и оценки качества оказания сестринских услуг;
- ✓ Разработанных и утвержденных критериях оценки качества оказания сестринских услуг и оценки деятельности персонала;
- ✓ Check-листах оценки услуги, процесса и технологии;
- ✓ Анкетирование персонала, пациентов и членов их семей; анализ удовлетворенности качеством оказываемых услуг, рекомендации; доказательная база.
- ✓ Материалах Мониторинговой группы по оценке качества сестринских услуг;
- ✓ Материалах Службы сестринского аудита (анализ, административно-управленческие решения)
- ✓ Постоянных трейсерах

Преимущества внедрения системы контроля качества сестринской помощи через проведение трейсеров – это открытость и прозрачность информации о профессиональном уровне сотрудника, возможности внесения коррекции в индивидуальный план подготовки как теоретической, так и практической.

На примере двух, очень важных направлений сестринских услуг- обеспечение инфекционной безопасности медицинского работника и пациента и вопросы учета и использования лекарственных средств.

Трейсер системы инфекционного контроля (далее – ИК) нацелен на отслеживание процессов инфекционного контроля в Центре, в т.ч. на снижение внутрибольничной инфекции, выделение приоритетных направлений работы в

Используемая литература:

1. Руководство по интерпретации обновленных стандартов аккредитации для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь (3 пересмотр) от 4 июля 2017 года протокол №6, одобренный и рекомендованный экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.
2. Методическое руководство по применению обновленных стандартов аккредитации медицинских организаций в Республике Казахстан.
3. Joint Commission International. JCI-Accredited Organizations. 2014. Ссылка: <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/>.

ЛИДЕРСТВО И ВЛАСТЬ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

Пасько Галина Ивановна

заведующая кафедрой СД,

Медицинская академия последипломного образования г. Алматы

Республика Казахстан, город Алматы

Лидерство и руководство. Тенденции развития сестринского дела значительно усиливают роль медицинской сестры в современной системе здравоохранения Республики Казахстан. Современные теории сестринского дела, основанные на научном подходе и доказательных практиках, представляют медсестру в качестве равноправного партнера врача, который принимает самостоятельные сестринские решения, планирует и осуществляет доказательный сестринский уход, отражая его в сестринской документации.

Вхождение Казахстана в Болонский процесс диктует необходимость приведения образования, профессиональных стандартов, квалификаций и должностных позиций в соответствие с Европейскими директивами, в том числе и по сестринскому делу. Для Казахстана развитие системы сестринского дела означает его развитие на всех уровнях образования, контроль качества образования на уровне международных стандартов, внедрение в практику института специалистов сестринского дела с разными должностными позициями соответственно уровню образования.

В рамках Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы была предусмотрена модернизация системы сестринского образования, повышение роли медицинских сестер, поэтапное расширение компетенций среднего медицинского персонала параллельно с изменением стандартов их образования и переподготовки. На основании Приказа МЗ РК от 16 марта 2021 года № ҚР ДСМ - 23 «О внесении изменений и дополнения в приказ МЗ РК от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-305/2020

«Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения» параграф 4. Руководитель структурного подразделения организации здравоохранения (**менеджер по сестринскому делу**) регламентирует:

Должностные обязанности:

1. Осуществляет руководство структурным подразделением организации, организует работу и эффективное взаимодействие структурных подразделений по оказанию своевременной и качественной медицинской и лекарственной помощи населению.
2. Обеспечивает соблюдение требований медицинской этики.
3. Несет персональную ответственность за соблюдение антикоррупционного законодательства, и принятию мер по недопущению проявлений коррупции со своей стороны и подчиненных ему лиц, за вверенными ему материально-техническими, лекарственными ресурсами, а также ответственность за их сохранность и целевое использование.
4. Определяет политику, стратегию деятельности структурного подразделения организации здравоохранения и механизм ее реализации.
5. Принимает меры по обеспечению организации квалифицированными кадрами, рациональному использованию их профессиональных знаний и опыта, созданию безопасных и здоровых условий для их жизни и труда, формированию благоприятной психологической атмосферы в коллективе.
6. Обеспечивает внедрение новых и совершенствование существующих диагностической, лечебной и профилактической помощи, повышение качества и конкурентоспособности оказываемых услуг.
7. Организует работу по изучению и оценке санитарно-эпидемиологических ситуаций.
8. Принимает действенные меры по улучшению санитарно-эпидемиологической ситуации.
9. Организует оперативный и лабораторно-инструментальный контроль за проведением гигиенических и противоэпидемических мероприятий, за соблюдением санитарных правил, норм и гигиенических нормативов.
10. Обеспечивает работу по повышению квалификации медицинских кадров, развитию их профессиональных знаний.
11. Осуществляет анализ деятельности структурного подразделения организации здравоохранения и на основе оценки показателей его работы принимает необходимые меры по улучшению форм и методов работы организации.
12. Обеспечивает выполнение требований внутреннего трудового распорядка, соблюдение медицинской этики, противопожарной безопасности и техники безопасности, санитарно-эпидемиологического режима.
13. Обеспечивает представление отчетности.

Требования к квалификации: для старшей медицинской сестры и (или) менеджеру по сестринскому делу - это наличие высшего медицинского

образования по специальности «Сестринское дело» без предъявления требований к стажу работы или техническое и профессиональное (среднее специальное, среднее профессиональное), послесреднее (прикладной бакалавриат) медицинское образование и стаж работы в медицинской организации по специальности не менее 1 года, наличие первой (высшей) квалификационной категории, свидетельства о прохождении сертификационного курса по управленческой деятельности в сестринском деле. На сегодняшний день, специалисты сестринского дела проходят подготовку не только на уровне базового технического и профессионального образования, но также и в рамках бакалавриата, магистратуры и докторантуры по сестринскому делу. Итак, давайте разберем основные понятия:

Влияние — это поведение одного человека, которое наносит изменения в поведение, отношения, ощущения другого человека.

Лидерство — это способность оказывать влияние на отдельные личности и группы, направляя их усилия на достижение целей организации.

Власть — это возможность влиять на поведение других. Согласно классификации Фрэнча и Рэйвена, имеется пять основных форм власти:

- власть, основанная на принуждении. Медсестра-менеджер может оказывать влияние на других, если он контролирует величину или форму наказания, которое может быть к ним применено;

- власть, основанная на вознаграждении. Медсестра-менеджер имеет власть над другим человеком, если этот человек верит, что медсестра-менеджер может вознаградить его или отказать в этом;

- экспертная власть — осуществляется, медсестра-менеджер воспринимается как носитель специальных и полезных знаний;

- эталонная власть (власть примера). Характеристики или свойства медсестры-менеджера настолько привлекательны для исполнителя, что он хочет быть таким же;

- законная власть — основывается на праве человека руководить другими в силу соответствующего положения в организации.

По мере того, как способности исполнителя подошли вплотную к способностям руководителя, стала возрастать необходимость искать сотрудничества со стороны исполнителя, чтобы иметь возможность на него влиять. Две формы влияния, которые могут побудить исполнителя к более активному сотрудничеству, это убеждение и участие сотрудников в управлении.

Для эффективного использования влияния медсестры-менеджера необходимо выполнить ряд условий:

- потребность, к которой апеллируют, должна быть активной и сильной (актуальной); человек, на которого влияют, должен рассматривать влияние как источник удовлетворения или неудовлетворения (в той или иной степени) какой-то потребности;

- человек, на которого влияют, должен ожидать с достаточно высокой вероятностью того, что исполнение приведет к удовлетворению или неудовлетворению его потребности;
- человек, на которого влияют, должен верить, что его усилия имеют хороший шанс оправдать ожидания руководителя.

Лидер (от англ. leader) — ведущий, первый, идущий впереди) — лицо (субъект) в какой-либо группе (организации), пользующееся большим, признанным авторитетом и обладающее влиянием, которое проявляется как управляющий действиями.

Лидер - член группы, за которым она признает право принимать ответственные решения в значимых для неё ситуациях, то есть наиболее авторитетная личность, играющая центральную роль в организации совместной деятельности и регулировании взаимоотношений в группе.

Лидер должен быть наделен 3 видами полномочий: полномочия, даваемые положением; полномочия, даваемые личностью, авторитетом; полномочия, даваемые знаниями, умениями, навыками.

Роль лидера:

- Развить, осудить миссию и направление организации;
- Оценить текущую ситуацию;
- Обладать видением, прогнозировать будущее;
- Управлять переменами;
- Понять людей и заручиться их преданностью целям организации;
- Использовать все свои навыки для влияния на людей.

Существуют различные стили лидерства

Стиль лидерства — это манера поведения руководителя по отношению к подчиненным.

Стиль руководителя – это совокупность определенных принципов, наиболее характерных и устойчивых методов решения задач и проблем, возникающих в процессе реализации функций управления.

Эффективный стиль лидерства: подход с позиций личных качеств; поведенческий и ситуационный подходы

Существует три подхода к определению эффективного лидерства.

Первый – подход с позиций личных качеств – предполагает, что лидер должен обладать определенным набором достаточно устойчивых качеств, в том числе врожденных.

Необходимые качества эффективного лидера:

- настойчиво стремится к управлению людьми;
- образован, обладает нетрадиционным мышлением;
- признает, что не все знает сам;
- ставит в известность подчиненных о характере работы;
- скучный труд превращает в творческий;
- уверен в себе;
- инициативен;
- умеет ценить время подчиненных;

- требователен и строг;
- умеет поощрять и наказывать;
- уравновешен, вежлив и приветлив;
- обладает чувством юмора;
- умеет говорить и слушать;
- умеет радоваться чужим успехам;
- честен и неподкупен;
- самостоятелен и независим;
- способен взять на себя риск и ответственность.

Добавляются все новые и новые характеристики (знак зодиака, под которым рожден тот или иной руководитель, почерк, происхождение и т. д.), необходимые для эффективного лидерства.

Второй подход к определению эффективного лидерства – поведенческий, основан на изучении поведения лидера и средствах его воздействия на подчиненных. Критерий для отбора здесь – лидерское поведение.

Если первая концепция основывается во многом на врожденных качествах лидера, то вторая предполагает возможность подготовки лидеров по специальным программам. Главное – найти ответ на вопрос, что и как лидеры делают, а не на вопрос, кто является лидером.

Наиболее известны следующие концепции:

- 1) три стиля руководства;
- 2) исследования Университета штата Мичиган: лидерство, ориентированное на работу, и лидерство, ориентированное на работников;
- 3) исследования Университета штата Огайо: формирование структуры и внимание к подчиненным;
- 4) управленческая решетка Роберта Блэйка и Джейн Моутон;
- 5) заменители лидерства.

Классификация стилей руководства в поведенческом подходе.

Управленческая решетка Р. Блэйка

Первые исследования трех лидерских стилей были проведены Куртом Левиным и его коллегами в Университете штата Айова.

Выделялись:

- **автократический**
- **демократический**
- **либеральный** стили руководства.

Автократический стиль характеризуется сосредоточением власти в руках руководителя, который определяет цели и средства их достижения.

Сильные стороны данного стиля составляют точность и быстрота выполнения задания, возможность предсказания результата.

Слабой стороной является возможность сдерживания инициативы подчиненных.

Демократический стиль отличается разделением власти и участием работников в управлении, предоставлением подчиненным возможности проявлять инициативу.

Однако данный стиль руководства требует много времени на обсуждение и согласование разных точек зрения на решение проблемы.

Либеральный стиль означает невмешательство, «свободу рук» (от фр. *laissez faire* – «не трогайте»; пусть идет, как идет; пусть идет само собой). Подчиненным дается почти полная свобода в определении своих целей и контроле за своей деятельностью. Слабой стороной такого стиля является возможность потери работником скорости и направления движения без вмешательства лидера.

В своем исследовании К. Левин обнаружил, что автократический руководитель добивался выполнения большего объема работы, чем демократический.

Однако на другой чаше весов были низкая мотивация, меньшая оригинальность, меньшее дружелюбие в группах, большая агрессивность, проявляемая как к руководителю, так и к другим членам группы, большая тревога и одновременно – более зависимое и покорное поведение. По сравнению с демократическим руководством при либеральном руководстве объем работы уменьшается, качество работы снижается, и в опросах выражается предпочтение демократическому руководителю.

Лидерство женщин

Все большее распространение получает мнение, что женщины способны выполнять менеджерские функции как минимум не хуже мужчин. Направления исследований в области гендерных аспектов лидерства можно разделить на три класса.

1. Концепция гендерного потока была выдвинута Барбарой Гутек, которая считала фактор пола доминирующим. Согласно этой концепции, восприятие лидеров последователями зависит прежде всего от их пола.

2. Теория гендерного отбора лидеров (Дж. Боу-мен, С. Суттон) основана на предположении, что люди и в организациях, и в частной жизни предъявляют разные требования к лидерам разного пола. По отношению к женщинам эти требования выше: чтобы получить руководящую должность, женщина должна продемонстрировать гораздо большую компетентность, чем мужчина. Поскольку это трудно, признанных женщин-лидеров меньше.

3. Концепция токенизма (Р. Кэнтер) предполагает, что на групповую динамику значительное влияние оказывает пропорция в группе представителей из разных культурных категорий (по гендерной и расовой принадлежности). Члены в группе, составляющие большинство по какому-то из указанных признаков, были названы доминантами, а меньшинство – токенами (символами). Последние из-за малочисленности более заметны, их характеристики преувеличиваются, они воспринимаются более стереотипно. Так, женщины в мужской группе или мужском деловом мире должны подходить под одну из разновидностей социальных стереотипов:

1) «матери» – от нее ждут эмоциональной поддержки, а не деловой активности;
2) «соблазнительницы» – токен выступает в организации лишь сексуальным объектом с высоким должностным статусом;

3) «игрушки, талисмана» – не столько лидера, сколько женщины, приносящей удачу;

4) «железной леди» – таким токенам приписывается неженская жесткость, их опасаются и от них держатся на расстоянии.

И наконец, мы подошли к лидерству и руководству. Эти два понятия следует рассматривать как два самостоятельных, хотя иногда они взаимно дополняются и пересекаются (табл. 1).

И то и другое необходимо для функционирования организации и достижения, стоящих перед ней целей.

Таблица 1

Основные отличия лидерства и управления

Менеджер (управленец)	Лидер сестринского дела
действует как администратор	выступает как инициатор
поручает подчинённым выполнение работы	вдохновляет подчинённых
контролирует подчинённых	доверяет подчинённым
ставит цели перед другими	ставит цели перед собой
за основу действия берёт план	основа его действий – видение организации
полагается на систему	полагается на коллектив
при убеждении использует доводы	при убеждении использует эмоции
является профессионалом	является энтузиастом своего дела
принимает решения	претворяет решения в жизнь
уважаем подчинёнными	обожаем подчинёнными

Какой вывод можно сделать?

Управление – концентрирует внимание на том, чтобы люди делали дело правильно.

Лидерство – концентрирует внимание на том, чтобы люди делали правильное дело.

Лидером может быть любой человек в организации, а не только тот, кто ею управляет.

Формальный лидер (руководитель) – официально назначенный руководитель.

Таблица 2

Сравнительная характеристика традиционного и современного лидера

Сравниваемые позиции	Традиционный лидер	Современный лидер
Принятие решений	Принимает единолично все значительные решения в организации. Решает все проблемы, встающие перед его командой	Делит ответственность с другими членами команды. Помогает подчинённым решать и производственные, и социальные проблемы
Ответственность	Полностью контролирует рабочий процесс и несет ответственность за результаты работы своей команды	Стимулирует в подчинённых стремление к самоуправлению и хозяйскому отношению к выполняемой ими работе

Роль эксперта	Сам отвечает на все вопросы	Задает нужные вопросы и обеспечивает связь работников с соответствующими специалистами
Разработка правил	Сам разрабатывает правила	Четко формулирует видение будущего своей организации и набор основных ценностей и объединяет людей вокруг этого
Отношение к коллективу	Высоко ценит единодушие и согласие в коллективе	Высоко ценит способность и стремление людей иметь и высказывать самые разнообразные точки зрения
Отношение к конфликтам	Стремится по возможности их избежать	Относится к конфликтам как к возможности достичь консенсуса в принятии и реализации решений
Отношение к переменам	Как правило, реагирует на те или иные события, но противостоит переменам	Действует активно, сам инициирует перемены и относится к ним как к элементу выживания организации
Приоритеты в работе	На первое место ставит потребности организации, а не работающих в ней людей. Основное внимание уделяет рабочим задачам, сугубо техническим навыкам	Стремится разумно сочетать потребности организации и ее персонала. Основное внимание уделяет рабочему процессу и людям
Стиль мышления	Использует линейный, аналитический стиль мышления, не рассчитанный на долгосрочную перспективу	Мыслит нелинейно, целостно, глобально, с учетом долговременных перспектив
Опыт и знания	Стремится к накоплению специализированного, прикладного опыта и знаний	Стремится быть специалистом в разных областях
Компетенция	Интересуется только вопросами, входящими в его компетенцию	Интересуется вопросами всей организации, стремится стать надежным партнером для других групп и подразделений организации
Конкуренция	Жестко конкурирует с другими	Жесткий конкурент, но налаживает необходимые контакты с конкурентами, потребителями, партнерами
Сфера действия	Действует только на территории своего региона	Должен уметь действовать в межрегиональном и международном масштабах
Отношение к персоналу	Относится к подчиненным как к взаимозаменяемому ресурсу организации	Относится к персоналу как к самому ценному ресурсу организации, знает, как сложно найти замену хорошему работнику
Отношение к риску	Стремится избежать риска	Готов рисковать

Понятия власть, влияние, авторитет, полномочия

ВЛАСТЬ – это способность оказывать влияние на поведение людей. Человек, обладающий властью, может манипулировать другими и изменять их. Но может и не пользоваться властью. Если сотрудник выполняет служебные обязанности должным образом, у руководителя нет необходимости применять власть для достижения заданного результата.



ВЛИЯНИЕ – способность изменять поведение людей или ход процессов. Влияние - понятие более широкое, чем власть.

Харизматическое влияние — это влияние, основанное не на логике действий, а на личных качествах руководителя, его внешней и внутренней привлекательности, имидже, манере и стиле поведения (речь, жесты, позы). Харизма дает руководителю возможность вести за собой людей.

К проявлениям харизматического стиля руководства относят:

- видение перспективы – создание картины желаемого будущего, которая воодушевляет сотрудников,
- вдохновение – мотивирование работников за счет личной уверенности,
- поощрение – психологическая помощь в достижении сложных целей.

АВТОРИТЕТ – влияние, которым пользуется какое-либо лицо, организация в силу определённых качеств и заслуг.

Власть и авторитет – что первично? Власть предоставлена должностью, а авторитет нужно завоевать. Каждый делает свой выбор.

ПОЛНОМОЧИЯ – право на принятие решений, касающееся служебных обязанностей, без дополнительного одобрения руководителя (принцип «Просто возьми и сделай»). Полномочия делают власть законной.

Специалисты считают, что между властью и полномочиями есть различия. Они считают понятие «полномочия» составляющими власти. Полномочия характеризуются следующими особенностями:

- определены в должностной инструкции;
- признаются подчиненными;
- реализуются по вертикали власти.

Причины, по которым, возможно, средний медицинский персонал пока не находят признания в медицинской среде как лидеры:

1. сестринским делом занимаются люди, которые больше нуждаются в том, чтобы ими руководили, т. е. с более низкой самооценкой, чем представители других профессий;
2. при подготовке среднего медперсонала мало внимания уделяется вопросам лидерства;
3. медсестры-лидеры используют авторитарный стиль управления, который не поощряет к лидерству других;
4. в медицинской среде существует стойкое убеждение, что медсестрам платят за то, чтобы они выполняли указания, а не за то, чтобы они думали;
5. подавляющее большинство медсестер — женщины, которые по своей природе пассивны;
6. более низкий по сравнению с врачами социальный и образовательный статус этой категории работников здравоохранения.

Важнейшие элементы лидерства

- привлечение людей;
- завоевание приверженности;
- придание людям энергии для решения задач, направленных на достижение общих целей.

Виды лидеров

Лидер – стратег:

- нацелен на дальние перспективы на решение глобальных проблем;
- эффективнее действует в случаях, когда организации необходимы перемены, изменение курса развития или освоение новых технологий;
- умеет обрисовать единую линию для всех сотрудников;
- эмоционально вдохновляет и мотивирует подчинённых и коллег, помогая им привыкнуть к новым условиям;
- не очень эффективен при решении текущих задач, проблем, требующих трудолюбия и постепенного подхода.

Лидер – организатор:

- активно действует, разрешая те трудности, которые возникают в процессе их выполнения;
- всегда уверен, что большинство возникающих проблем благополучно разрешимы;
- умеет убеждать своих сотрудников, а не навязывает свою точку зрения;
- максимально корректно выражает своё неодобрение по отношению к действию сотрудников, не унижая личности подчинённых.

Люди идут за ним, зная, что пустое дело он предлагать не станет.

Лидер – исполнитель четко улавливает в коллективе настроения и поэтому способен мобилизовать людей для выполнения задач;

- такой лидер выделяется, когда уже создана конкретная ситуация;
- работает в рамках решения проблемы, обозначенной лидером-творцом, помогая ему при решении конкретных вопросов.

«Звёзды» в коллективе

«Звезда» – это всегда сочетание компетенций и профессионального опыта с личностными качествами. Обычная роль «звезды» в команде – новатор, генератор идей.

Это не только выдающийся специалист, но и неординарный человек. «Звезда» всегда зажигает других своей харизмой, инициативой, «заводит» толпу. Такой человек обладает коммуникативными навыками, обаянием, вызывает любовь и уважение коллектива

Если говорить о внешних критериях для определения «звезды», то можно выделить несколько ключевых. Во-первых, у руководства и команды есть стойкое ощущение, что без этого сотрудника невозможно обойтись.

Во-вторых, на «звезд» завязаны многие важнейшие процессы.

В-третьих, мнение «звездного» сотрудника по спорным вопросам часто бывает решающим.

Как правило, таких сотрудников руководители больше берегут, отгораживают от рутины, делают им поблажки.

Деструктивное лидерство и его устранение.

Процессом формирования и развития лидерства важно управлять или, по крайней мере, контролировать этот процесс, не допуская появления лидеров, разрушающих организацию или негативно влияющих на результаты ее деятельности.

Большой ущерб деятельности организации в целом способны нанести, например, лидеры групп «противников нововведений», «собутыльников», и т. п. Для устранения такого рода лидерства возможны различные способы действий.

Первый способ — административные меры разрушения системы «лидер — последователи»:

- увольнение деструктивного лидера;
- перевод его на другую должность;
- изменение его социальной роли за счет перераспределения функции;
- изоляция лидера, перевод на другие участки работы людей, особенно близких к деструктивному лидеру;
- ослаблению влияния негативного лидера за счёт перевода лидера в другое помещение, загрузки его работой, затрудняющей неформальное общение, и т. д.

Второй способ – связан с использованием способностей и авторитета лидера с пользой для организации:

- «приближения» лидера к руководству;
- проявления к нему особого внимания, назначения его на руководящую должность и т. п.

Такой способ борьбы с деструктивным лидерством обычно не вызывает протеста у сотрудников. Но эффективен лишь тогда, когда неформальный лидер готов подчинить свою активность целям организации.

Стили лидерства и их характеристика

Существуют различные стили руководства, наиболее распространённые четыре: **авторитарный, демократический, либеральный, бюрократический.**

При **авторитарном стиле** руководства вся власть сосредоточена в руках руководителя, который требует дисциплины и идеального порядка, берет на себя всю ответственность за принятие решений, а с рядовыми сотрудниками держится отчужденно. Для него важен результат любой ценой.

Недостаток этого стиля. Сотрудники не ощущают поддержки и понимают, что к их мнению не прислушиваются.

Достоинство стиля. Стиль эффективен в чрезвычайной ситуации, когда необходимы быстрые и чёткие распоряжения.

Демократический стиль строится на коллегиальном решении проблем. Руководитель предпочитает активное участие сотрудников коллектива в принятии решений, заботится о развитии личной и деловой инициативы подчиненных, контактен, терпелив, тактичен, оптимистичен.

Недостаток стиля. Процесс принятия решения требует большего времени.

Достоинство стиля. Развивает в коллективе дух сотрудничества, творческий подход к делу. Стиль может использоваться при решении проблем, не требующих срочности. Например: привлечение сотрудников к созданию, каких-либо проектов.

Либеральный стиль предполагает меньше всего руководства и контроля. Строится на полном доверии руководителя к подчиненным. Он допускает полную свободу действий сотрудников в пределах их функциональных обязанностей. Не приемлем для руководства в учреждениях здравоохранения.

Бюрократический стиль. Как и при авторитарном стиле, бюрократ не придает значения развитию отношений с персоналом. Не привлекает подчинённых в процесс управления. Для него важен результат, но способы достижения строго регламентированы. Отсутствует гибкость в руководстве, подчиняется строгому исполнению правил.

Только используя все стили руководства в зависимости от задачи и ситуации, можно управлять эффективно.

Использованные источники:

1. Менеджмент: Экзаменационные ответы. Серия «Сдаем экзамен». Ростов н/Д: «Феникс», 2020. — 384 с.
2. Менеджмент в сестринском деле: Учебное пособие/С.И.Двойников.- 5-е изд.- Ростов н/Д : Феникс, 2017г.-511с.: ил.-(Высшее образование).
3. Приказ МЗ РК от 16 марта 2021 года № ҚР ДСМ - 23 «О внесении изменений и дополнения в приказ МЗ РК от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-305/2020 «Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения»

**СЕКЦИЯ 2. МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТИҢ САПАСЫ МЕН ҚАУІПСІЗДІГІН
ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДЕГІ МЕЙІРГЕРДІҢ РӨЛІ. ПАТРОНАЖДЫҚ ҚЫЗМЕТТІ
ДАМУ.**

**СЕКЦИЯ 2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА И
БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. РАЗВИТИЕ ПАТРОНАЖНОЙ
СЛУЖБЫ.**

**SECTION 2. THE ROLE OF A NURSE IN ENSURING THE QUALITY AND SAFETY OF
MEDICAL CARE. DEVELOPMENT OF THE PATRONAGE SERVICE.**

**МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТИҢ САПАСЫ МЕН ҚАУІПСІЗДІГІН
ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДЕГІ
МЕЙІРГЕРДІҢ РӨЛІ. ПАТРОНАЖДЫҚ ҚЫЗМЕТТІ ДАМУ**

М.У. Атагарова,

Бакалавр, «Мейіргер ісі» пәнінің оқытушысы

С.Ж. Лаикова,

Педиатрия Магистрі, тәжірибе ісі жөніндегі

директордың орынбасары

Аяжан медицина колледжі

Алматы қаласы, Қазақстан Республикасы

Аннотация. *В статье рассмотрен актуальный вопрос о роли и деятельности медицинской сестры в обеспечении качества и безопасности медицинской помощи и развитии деятельности медицинской сестры на патронаже.*

Annotation. *The article deals with the current issue of the role and activity of a nurse in ensuring the quality and safety of medical care and the development of the activity of a nurse on patronage.*

Кілт сөздер: Медсестра, безопасность, медицинская помощь, патронаж

Кез келген мемлекетте денсаулық сақтау жүйесінің негізгі міндеті-еліміздің әр тұрғынына дені сау, ұзақ нәтижелі өмір сүруге кепілді мүмкіндік беру. Яғни, бірінші кезекте сапалы медициналық көмек көрсету мәселесі тұруы тиіс. Сапалы көмек – бұл білікті мейігер қызмет көрсететін, нормативтік – құқықтық актілерге, медициналық көмек көрсету стандарттарына, келісім шарттарына немесе талаптарға сәйкес келетін медициналық көмек.

Яғни, көрсетілген медициналық көмек белгілі бір шарттарға арналған оптималдық нәтижеге сәйкес келуі қажет. Емдеу процесінің қауіпсіздігі – оған зиян келтіру емес, көмектесуге арналған емдеу барысында оған залал келтірмеуі тиіс. Емделушілер тек сапалы медициналық көмекке ғана емес, мейіргердің мұқият болуына, кішіпейілділік танытуына да құқылы. Сауығып кетуіне ықпал жасап қана қоймай, сырқатының асқынып кету қаупін болдырмауы тиіс. Сонымен қатар нәресте өлімі, ана өлімі, ауруханада жұқпалы індеттер саны артпауын ескерген жөн. Сонымен қатар мейіргерлердің біліктілігін арттыру және медициналық көмектің сапасын арттыру үшін ынталандыратын факторларды іздеуге мақсат қою. Медициналық көмек

сапасын арттыруда медициналық ұйымдардың техникалық жабдықталуын жақсарту шаралары жасалуда, ол өз кезегінде емдеу диагностикалық үрдісінің техникалық деңгейінің жетілуіне медициналық техниканың мақсатты жұмсалыуына және медициналық көмек деңгейімен тиімділігіне қолайлы әсер етеді. Басқа адамдар денсаулығы мен өмірі үшін күнделікті жауапкершілік, әр түрлі адам кейіпкерлерімен күнделікті байланыста болу, шұғыл шешімдер қабылдау, өзіне – өзі тәртіпке келтіру, физикалық және рухани күш – жігердің кернеуі, стресстік жағдайлардың көптігі мейіргердің жұмысына тән. Сондықтан мейіргерлерге ерекше көңіл-бөліп, олардың жұмысын жетілдіру шараларын қолдану маңызды болып табылады. Медицина қызметкерінің басқа санаттағы қызметкеріне қарағанда мейіргерлер емдеу процесіне белсенді қатысады. Мейіргерлік үрдіс арқылы науқастарға қамқорлық жүргізеді. Мейіргерлердің күнделікті жұмысының ауырлығына байланысты, бір қатар жағымсыз кәсіби факторлар әсер етеді; микроклиматикалық өзгерістер, ұзақ жұмыс және түнгі ауысулар, толық емес жұмыс уақыты, стресс, зияны химиялық заттар және т.б. Мейіргерлік көмек сапасын бақылау процедурасы – мейірбикелік қызметтің дамуындағы жаңа бағыт болып отыр.

Мейіргерлік көмектің сапасын бақылау жүйесін мынандай деңгейлермен қарастытуға болады.

Бірінші- кезекшілікті қабылдау мен тапсыру сапасын ағымды бағалау.

Екінші-манипуляциялық техниканың, күтімнің сапасын, кезеңдерін бағалау.

Үшінші – мейіргерлік көмектің сапасын тереңдетіп бағалау.

Төртіншіден – проблеманы анықтау, семинарлар мен конференцияларға қатысу. Мейіргерлік стандарт бойынша пациентпен жұмыс жасау әрдайым. Мейіргердің роліне пациенттің көңіл – күйін, пациенттің өмір сүру сапасын жақсартуда асқынулардың қауіптерін мейлінше азайту болып табылады.



Мемлекеттік денсаулық сақтауды дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» бағдарламасы аясында Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау көрсеткіштерін, балалардың дамуы мен әл-ауқатын жақсартуға бағытталған алғашқы медициналық-санитарлық көмекті патронаждаудың (бұдан әрі-көмекті МСАК) әмбебап прогрессивті моделі енгізілуде.

Бұл модельді ДДСҰ және ЮНИСЕФ ұсынған, медициналық – әлекметтік бағдар моделі ретінде, МСАҚ жеткізудің заманауи талаптарына сәйкес келеді. Жаңа модель әдіснамасына сәйкес, балалар арасында өлім мен сырқаттанушылықтың төмендеуіне әсер ететін негізгі факторларды – ерте анықтау, антеналдық бақылау, жүкті әйелдер мен – жасқа дейігі балалардың үйіне бару болып табылады. Патронаждық қызмет көрсету үрдісіне ата – аналар мен барлық отбасы мүшелері, баланың денсаулығына, дамуына, қауіпсіздігі мен амандығына қатысты қауіптерді жою сенімді және толыққанды ақпарат алуға мүмкіндік береді.



Патронаж мейіргері ата-аналарға балаға дұрыс күтім көрсетуге қатысты нұсқаулар мен көмек беріп қана қоймай баланың бойынан ықтимал ұрымталдық анықталған жағдайда отбасын сүйемелдейді. «Медициналық-санитариялық алғашқы көмек деңгейіндегі жүкті әйелдер мен жас балалар үшін патронажды қызметтің әмбебап прогрессивті моделі».



Патронаж қызметкерлерінің жан-жақты рөлі

Жалпы кәсіби рөл (міндеттер) өте кең ауқымды, себебі, ол патронаж қызметкерлерінің бала өміріне әсер ететін барлық факторлар туралы ойлауын, сонмен қатар, патронаж қызметкерлерінің өздеріне не әсер ететіні туралы ойлауын талап етеді. Осы рөлді жалпылау үшін оны кәсіби рөлдің өлшемдері

тұрғысынан қарастыру пайдалы болады, аталмыш өлшемдер: жекелеген адамдар, отбасылар, жергілікті қоғам және мекемелер.

Төмендегі диаграмманы қараңыз (1-сурет).



Патронажды мейіргердің мақсаты.

Патронаж қызметі үйге барып қарау арқылы жүзеге асырылатындықтан, жағдайды терең түсінуге мүмкіндік туады, ал бұл төменде көрсетілгендер үшін жақсы негіз құрайды:

- Шындыққа негізделген бағалау
- Мықты тұстарды немесе активтерді анықтау
- Жекелеген адамдармен жұмыс жасау
- Әдеттегі қиындықтарды меңгеру үшін шаралар қолдану
- Ата-аналардың қызметтерге тиімді атсалысуы

Білікті патронаж қызметкерлері жеке қажеттіліктерге сай араласу шараларын таңдап береді, бірақ экологиялық қағидаларға сәйкес отбасы мекен ететін жерде отбасына қажетті қызметтермен байланыс орнатуды да қамтамасыз етеді.

Патронаждық қызметкер отбасы үшін құпия немесе жанына бататын тақырыптар туралы айтпаудың қамын жасау керек. Осы мүмкіндікті пайдаланып, емханаға, ата-ана топтарына шақыруға немесе үйге барып қарауды жоспарлауға болады. Отбасын қоғамдық ортада кездестіргенде, сізде ата-

аналарды бір-бірімен таныстыру мүмкіндігі де туады, бірақ мұндай жағдайда ата-аналардың қалауын құрметтеу маңызды.

Қолдау қайда және қашан көрсете алады.

Үйге барып қарау арқылы Сіз:

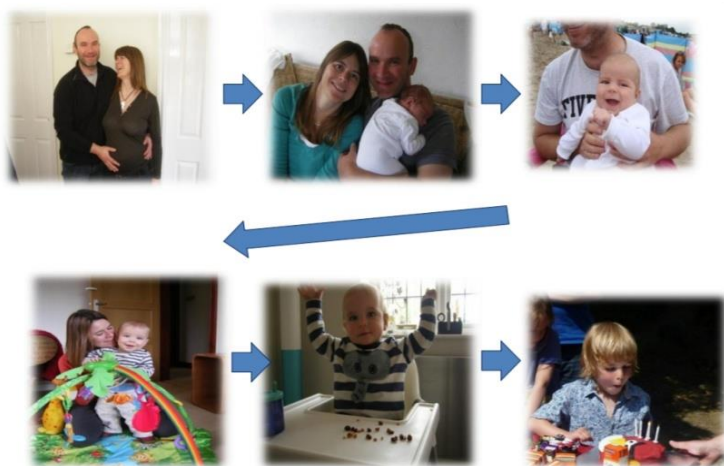
- оқу-үйренуге және ұсыныс-кеңес алуға мүмкіндік бересіз;
- барлық отбасылардағы нәрестелерге көрсетілетін қамқорлық пен күтімді арттыра және олардың өміршеңдігіне септесе аласыз;
- қажеттіліктерді анықтай аласыз және анықталған қауіп-қатерлер және ұрымталдыққа сәйкес шара қолдана аласыз;
- көрінбейтінді көрінетін ете аласыз.

Бұл кезде патронаж қызметкерлерінің біліктілігі және кәсібилігі өте жоғары болуын талап етеді.

Бүгінгі таңда бүкіл әлемдегі патронаж мейірбикелері кішкентай балалары бар отбасыларда денсаулықты нығайтуға және адами әлеуетті дамытуға септігіне бағытталған қызметтер көрсетеді.

Егер шара қолданбаса, осындай ұрымталдық факторлары балалардың толық әлеуетін іске асыра алмау жағдайына алып келуі мүмкін. Мұндай жағдайларда кеңейтілген қызметтер ұсынылады. Күрделі қиындықтаранықталған жағдайда патронаж қызметкері отбасымен басқа мамандармен кәсіпаралық жұмыс бірлесе отырып жұмыс жасайды, осылайша, мамандардың көмегіне қолжетімділікті арттырады. Айта кеткен жөн, патронаж қызметкері отбасына керекті маманға жіберген күнде де, әмбебап (жалпыға бірдей) қызметтерге үздіксіз қолжетімділігін қамтамасыз ету үшін онымен үнемі байланыста болады.

Рис. 4. Отбасы сапары фотосуреттер түрінде



Өзге мамандармен бірге жұмыс істеу.

Отбасылардың мүдделеріне сай үздік нәтижелерге жету үшін патронаж қызметкерлерінесеріктестікті дамыта отырып, көрсетілетін қамқорлық үйлестірілген және жан-жақты болуы үшін өзге мамандармен тығыз ынтымақтастықта жұмыс жасау қажет. Жақсы байланыс орнатылуын

қамтамасыз ету электронды пошта, телефон және жеке кездесулер сынды ақпарат алмасудың өзара келісілген тетіктерін талап етеді:

- коммуникациялық журналдар немесе күнделіктер қолдану;
- отбасымен бірлескен кездесу өткізуді жоспарлау үшін басқа маманды шақыру;

- тысқары мамандар өткізетін тренингтерге немесе ақпараттық жиналыстарға бару;
- арнайы немесе кезектен тыс жиналыстарға бару;
- дауыс екпіні мен ырғағы;
- киім ұқыптылығы және жеке бас тазалығы (қол, шаш және бет орамал);
- қандай сұрақтар қоясыз – ашық немесе жабық?
- қандай сөздер қолданасыз?
- берген уәделеріңізді орындайсыз ба?
- адалдық – сөздерінің дененіңіздің қимылдарын сай келе ме?
- пайым-пікірлеріңіздің адалдығы және ақылға салынып, безбенделуі;
- өзгелерге (әріптестеріңізге және клиенттерге) құрмет;

Сіз патронаж қызметкері болғандықтан, отбасыларға барғанда бетпе-бет келуге тура келетін жағдайларға қатысты. Мысалы: жоқшылық, қатыгездік, тұрмыстық зорлық-зомбылық, нашақорлық, маскүнемдік, депрессия, төмен сауаттылық, босанудан кейінгі ауыр стресс, ер азаматтың тастап кету және т.б. қатысты тікелей өмірлік тәжірибеңіз болмауы мүмкін. Сондықтан, сіз және әріптестеріңіз үнемі рефлексиямен айналысып, үйге барып қарау шараларына талдау жасап, сезімдеріңізді және ойларыңызды адал мойындау маңызды.

Рефлексия журналына қайта оралу уақыты келді.

Жақында үйіне барған отбасы туралы ойланыңыз, күнделігіңізге келесі сұрақтардың жауабын жазыңыз:

- Осы отбасының өмір сүру жағдайына және балаларын тәрбиелеу әдістеріне қатысты не ойлайсыз және жеке сезімдеріңіз қандай?
- Осы отбасының өмірі туралы «деректер» қандай?
- Сіз отбасымен өзара жақсы әрекеттестік орната алдыңыз деп ойлайсыз ба?
- Ол неліктен жақсы немесе нашар болғанын айтыңыз.
- Осы отбасымен келесі рет байланысқа түскенде, нені басқаша жасар едіңіз?

Үйге барып қараудың айқын мақсаттары мен міндеттері болуы керек:

- алдын-ала дайындалуыңыз және үйге барып қарау үшін өзекті барлық ақпарат пен ресурстарыңыз болуы керек;
- келе сала өзіңізді таныстыруыңыз, мекемеңіздің атауын/орналасқан жерін, өз рөліңіздің және келгендегі мақсатыңызды айтуыңыз керек;
- сіз келген мекен-жайда кім тұратынын анықтауыңыз және отбасына қатысы бар басқа адамдар, мысалы, енесі немесе қайын енесі, достары туралы мәлімет алуыңыз керек. Бұл отбасындағы жағдайды түсінуге көмектеседі.

Қолданылған әдебиеттер:

1. ҚР Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған бағдарламасы .
2. Юнисеф «БМСК патронаж мейіргерінің жаңа ролі мен стандарты».

МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ САПАСЫ МЕН ҚАУІПСІЗДІГІН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДЕГІ ПАТРОНАЖДЫҚ МЕЙІРГЕРДІҢ РӨЛІ

Касимова Камила Курбанбаевна,

Арнайы пәндер оқытушысы, мейіргер ісінің бакалавры

Байдалиева Мейрамкул Ғалымжанқызы,

Арнайы пәндер оқытушысы, мейіргер ісінің бакалавры

Шымкент қ. ДСБ ШЖҚ «Жоғары медицина колледжі» МКК,

Қазақстан Республикасы, Шымкент қаласы

***Аннотация.** Качество медицинской помощи должно быть высоким для улучшения здоровья каждого жителя государства, возможности продления жизни, улучшения демографических показателей. Для этого нужно знать, от чего зависит качество медицинской помощи, а также наметить стратегию ее улучшения.*

***Annotation.** The quality of medical care should be high in order to improve the health of every citizen of the state, the possibility of prolonging life, and improving demographic indicators. To do this, you need to know what determines the quality of medical care, as well as outline a strategy for improving it.*

***Кілт сөз:** Медициналық көмектің сапасы, патронаж қызметін дамыту, мейіргердің рөлі, мейіргерлердің кәсіби құзыреттілігі.*

Жұмыстың өзектілігі: Медициналық көмектің сапасы көрсетілген медициналық көмектің пациенттің (халықтың) қолда бар қажеттіліктеріне, медицина ғылымы мен технологиясының қазіргі заманғы деңгейіне сәйкестігін растайтын сипаттамалардың жиынтығы болып табылады.

Кез келген мемлекетте денсаулық сақтау жүйесінің негізгі міндеті – еліміздің әр тұрғынына дені сау, ұзақ та нәтижелі өмір сүруге кепілді мүмкіндік беру. Яғни, бірінші кезекте сапалы медициналық көмек көрсету мәселесі тұруы тиіс. Сапалы медициналық көмек - бұл білікті медициналық қызметкерлер көрсететін, нормативтік-құқықтық актілерге, медициналық көмек көрсету стандарттарына (ауруларға хаттама толтыру), келісім шарттарына немесе әдетте ұсынылатын талаптарға сәйкес келетін уақтылы медициналық көмек.

Сапалы медициналық көмектің негізгі сипаттамасы:

Медициналық көмектің нәтижелілігі - емделуші дәлелді медицина принциптеріне негізделген емді қабылдауы тиіс. Яғни, көрсетілген медициналық көмек белгілі бір шарттарға арналған оптималдық нәтижеге сәйкес келуі қажет.

Емдеу процесінің қауіпсіздігі - оған зиян келтіру емес, көмектесуге арналған емдеу барысында оған залал келтірілмеуі тиіс. Медициналық көмек көрсету барысында белгіленген ережелер мен стандарттарға сәйкес әдістер, медикаменттер, медициналық жабдықтар қолданылуы міндетті.

Медициналық көмектің уақтылығы - қажеттілігіне қарай медициналық көмек көрсету, яғни медициналық көрсеткіштер бойынша жылдам және кезек

күтүсүз. Сауығып кетуін қиындататын немесе емделушінің сырқатының асқынып кету қаупін арттыратын, сонымен қатар, жаңа ауру туындау қаупін жоғарылататын дәрігерлік қателіктің болмауы (аз болуы) тиіс.

Медициналық көмектің қол жетімділігі (тең құқықтық) - ұсынылған медициналық көмектің сапасына қарай емделушінің жынысы, жасы, ұлты, тұрғылықты жері, әлеуметтік-экономикалық статусы, діни сеніміне байланысты айырмашылығы болмауы тиіс. Денсаулық сақтау жүйесі белгілі бір топқа ғана емес, барлық адамға бірдей көмек көрсетуге арналған.

Жалпы халықтың және әр адамның өмір сүру сапасы, атап айтқанда ең алдымен көптеген факторларға байланысты денсаулық жағдайымен анықталады: тұқым қуалаушылық, қоршаған орта экологиясы, өмір салты, материалдық мүмкіндіктер, қол жетімді медициналық көмектің көлемі мен мазмұны. санитарлық-гигиеналық тәрбие мен медициналық-әлеуметтік көмектің үйлесімді жүйесі жайлы халықтың хабардар болуы, «Денсаулық мектептерінің» жұмыс істеуі, мейіргер күтімінің білім беру бағыты сияқты маңызды сәттер жоғары өмір деңгейіне жетуге ықпал етуі мүмкін.

Медициналық көмектің сапасын және халықтың денсаулық деңгейін арттыру және қамтамасыз ету қажеттілігін негіздейтін бірқатар объективті себептер бар:

- жеке, өндірістік және әлеуметтік қажеттіліктердің айтарлықтай өсуі;
- диагностика, емдеу және оңалтудағы ғылыми-техникалық прогресс рөлінің артуы;
- қызметтерді жетілдіру және орындалатын функциялардың маңыздылығын арттыру;
- тұтынушының сапа деңгейі салыстырмалы түрде төмен қызметтерді қабылдамауы;
- емдеу мекемесінің жұмыс істеу тиімділігін арттыруға мейіргерлік көмектің қойылатын талаптарды қатаңдату.

Жұмыстың мақсаты: Медициналық көмектің сапасын, халықтың, пациенттердің, медициналық персоналдың өмір сүру сапасын арттыруда, патронаждық қызметтің сонымен қатар, білімі мен тәжірибесі жоғары сапалы мейіргерлік қызметтер көрсетуге мүмкіндік беретін мейіргерлердің рөлін анықтау.

Ұлтты сауықтыру жөніндегі іс-шараларды іске асыруда білімі мен тәжірибесі жоғары сапалы мейіргерлік қызметтер көрсетуге мүмкіндік беретін мейіргерлердің рөлі ерекше. Денсаулық сақтау тәжірибесінде медициналық көмектің сапасын анықтауда келесі анықтамалары жиі кездеседі.

Жұмыстың міндеті: Белгіленген немесе болжамды талаптарды қанағаттандыру қабілетін анықтайтын қызметтердің қасиеттері мен сипаттамаларының жиынтығын сапраптау:

- а) прогрессия немесе жаңа аурудың пайда болу қаупін азайту;
- б) ресурстарды оңтайлы пайдалану;
- в) пациенттің қанағаттануын қамтамасыз етудегі мейіргердің рөлін анықтау.

Медицина ғылымы мен практикасының жетістіктері негізінде белгіленген талаптармен айқындалатын аурулардың профилактикасы, диагностикасы және оларды емдеу нәтижелерінің жиынтығы.

Медициналық көмек сапасының пациенттердің, дәрігерлердің және инвесторлардың талаптарына сәйкестігі сияқты сипаттамалары кеңінен ұсынылған. Сапанаң басым сипаттамалары болып табылады:

1. Пациенттер тарапынан-қызығушылық, қызметкерлердің сыпайылығы, ауру симптомдарын жеңілдету, функционалдық жақсарту.
2. Медицина қызметкерлері тарапынан-көрсетілетін көмектің қазіргі заманғы техникалық жабдықталуға сәйкестігі, пациенттің мүддесі үшін іс-қимыл еркіндігі.
3. Инвесторлар тарапынан-қолда бар денсаулық сақтау қорларын тиімді пайдалану, Медициналық ресурстарды тиісінше пайдалану, еңбекке жарамсыздықты азайтуға барынша үлес қосу.

Осылайша, медициналық көмек барынша ықтимал нәтижемен көрсетілуі тиіс (яғни оның нәтижелері ғылыми болжамдалғанға барынша сәйкес келуі тиіс), бұл ретте - ең төмен құны болуы, негізделген, заңды болуы, пациент пен инвесторлардың үміттеріне сәйкес келуі және әділдік бойынша бөлінуі тиіс.

Мейіргерлік көмек сапасының сипаттамасы: кәсіби құзыреттілік, қолжетімділігі, нәтижелілік деңгейі, тұлғааралық қатынастар, үздіксіздік мәселесі, тиімділігі, қауіпсіздігі.

Мейіргерлік қызметтеріне қанағаттану деңгейін, пациенттердің, туыстарының, қоғамның, қызметті қабылдауына сәйкестігі анықтайды.

Мейіргерлік көмектің сапасына әсер ететін факторлар:

- ❖ саланы қаржыландыру;
- ❖ нормативтік-құқықтық қамтамасыз ету;
- ❖ ЕПМ-ні материалдық-техникалық жабдықтау;
- ❖ мейіргерлік көмек нұсқаулығы;
- ❖ мейіргерлердің кәсіби құзыреттілігі және мейіргерлік көмек сапасын арттырудың тұрақты оң мотивациясының болуы;
- ❖ пациенттердің денсаулығын сақтау мен нығайтуға тұрақты оң уәждеменің болуы.

«Медициналық көмектің сапасы» анықтамаларының барлық нұсқалары мейіргер ісін дамыту үшін ғана емес, сонымен қатар мейіргер тәжірибесін жақсарту үшін де маңызды, өйткені олар сапаның негізгі сипаттамаларын тұжырымдайды. Пациенттің (отбасының, қоғамның) көзқарасы бойынша мейіргер көмегінің сапасы - осының арқасында пациент мейіргер көмегін тұтастай көрсетуге, оның нәтижесі мен оны көрсету процесіне қанағаттанатын қызметтің осындай қасиеттері.

Денсаулық сақтау мекемесінің көзқарасы бойынша мейіргерлік көмектің сапасы - функционалды міндеттерді нормативтік-құқықтық құжаттамаға сәйкес қатаң орындау, бұл медбикелердің кәсіби құзыреттілігін, командада жұмыс істей білуді, оң өндірістік ортаны құруды және сақтауды және инфекциялық қауіпсіздікті қамтамасыз етуді білдіреді.

Патронаж мейіргерлерінің мамандықтарының атауларындағы және атқаратын міндеттеріндегі айырмашылықтар елдер арасында да айырмашылықтар сөзсіз болатынын білдіреді. Сондықтан, осы модульде ұсынылатын қазіргі міндеттер (рөлдер) және жаңа рөл арасындағы айырмашылықтар әртүрлі елдерде сан түрлі болады. Бірақ, біз барлығынан ортақ айырмашылықты көретін боламыз, ол – жаңа патронаж қызметкерлерінің жұмысын атқару барысында белсенді және бастамашыл болатыны және кәсіби шешімдер қабылдайтыны. Жаңа рөлдерінде патронаж қызметкерлеріне басым міндеттерін, күнделікті кестесін, сонымен қатар, отбасыларға өзекті және қажетті көмек көрсетілуін қамтамасыз ету үшін қашан және кіммен кездесетінін жоспарлау үшін көбірек дербестік қажет болуы мүмкін.

Патронаж қызметкерінің жан-жақты рөлі. Жалпы кәсіби рөл (міндеттер) өте кең ауқымды, себебі, ол патронаж қызметкерлерінің бала өміріне әсер ететін барлық факторлар туралы ойлауын, сонымен қатар, патронаж қызметкерлерінің өздеріне не әсер ететіні туралы ойлауын талап етеді. Осы рөлді жалпылау үшін оны кәсіби рөлдің өлшемдері тұрғысынан қарастыру пайдалы болады, аталмыш өлшемдер: жекелеген адамдар, отбасылар, жергілікті қоғам және мекемелер. Үйге барып қарау – патронаж қызметі – өзіндік ерекшеліктерге ие. Аталмыш қызмет әйел жүктілігі кезінде және бала туылғаннан кейінгі кезеңде отбасылар және жекелеген адамдар айналасында шоғырланады. Патронаж қызметі көрінбейтінді көрінетін етеді. Патронаж қызметі үйге барып қарау арқылы жүзеге асырылатындықтан, жағдайды терең түсінуге мүмкіндік туады, ал бұл төменде көрсетілгендер үшін жақсы негіз құрады:

- Шындыққа негізделген бағалау;
- Мықты тұстарды немесе активтерді анықтау;
- Жекелеген адамдармен жұмыс жасау;
- Әдеттегі қиындықтарды еңсеру үшін шаралар қолдану.

Үйде көмек көрсетуді ұйымдастыруда мейіргер қызметкерлерін белсенді пайдалану науқастарға және олардың отбасы мүшелеріне тікелей білім мен қолдауды жеткізуге, маман дәрігерлердің жүктемесін жеңілдетуге және тиісті клиникалық және экономикалық нәтиже алуға мүмкіндік береді.

Науқастарды үйде күту мейіргернің өзіндік жұмысының маңызды бөлігі болып табылады. Патронаж кезінде мейіргернің міндеті науқастың жағдайының динамикасын, оның сақталуын бақылау кіреді диета және режим, дәрі-дәрмектерді дұрыс қабылдау. Сонымен стандартты іс-шаралар (инъекциялар, процедуралар, физиологиялық көрсеткіштерді өлшеу, тексеру) мейіргерге кәсіби дайындық деңгейі оған үйде зерттеу үшін биологиялық материалдар алу, электрокардиограмманы алу, физиотерапиялық процедураларды жүргізу сияқты іс-шараларды орындауды тапсыруға мүмкіндік береді.

Қорытынды: Жоғарыда айтылғандардың бәрін қорытындылай келе, мейіргерлік көмекті тұтынушы - пациент. Мейіргерлік қызметтерге пациенттің денсаулығын сақтау, аурулардың алдын алу, манипуляцияларды орындауды, зерттеулерге дайындықты, оңалту іс-шараларын жүргізуді, пациенттің

азаптарын жеңілдетуді қоса алғанда, пациентке күтім жасау жөніндегі іс-шараларды ұйымдастыру және өткізу кіреді.

Қалалық мемлекеттік емес емханада үйде мейіргерлік көмек көрсету ұйымы келесі кезеңдерден өтетінін атап өтуге болады:

1. Дәрігерге бару.
2. Тексеру мен емдеуді тағайындау.
3. Үйде диагностикалық және емдік манипуляцияларды орындау туралы шарт жасау.
4. Мейіргердің диагностикалық манипуляцияларын орындау.
5. Мейіргердің емдік манипуляцияларын орындау.

Медициналық көмек сапасын бақылауға медициналық мекемелерде көрсетілетін медициналық көмек көлемін бақылау мен сапасына сараптама жасау кіреді. Алдын алу және емдеу жұмыстарының тиімділігі медициналық персонал мен пациенттің қарым-қатынасымен анықталады. Сондықтан отбасындағы профилактикалық жұмыстарды, пациенттердің туыстарымен әңгімелесуді жүргізу үшін үйге әрбір келуді кеңінен пайдалану керек, оларға пациенттердің психологиясының ерекшеліктерін, оларға күтім жасауды, үйде оңалту шараларын өткізуді үйрету.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. <http://gp26.kz/news/тема-«патронаждық-қызметтің-универсалды-прогрессивті-моделі»>
2. Аббясов И.Х. Современные требования к образованию в период реформирования сестринского дела // Главная медицинская сестра. 2015. №4. С. 71-75.
3. Агафонова Т.А. Роль и задачи сестринской службы в оказании медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста. // Медицинская помощь. 1996. № 3. С. 15-17.
4. Акимкин В.Г. Медицинская сестра – основное звено в профилактике внутрибольничной инфекции // Сестринское дело. 2012. № 5-6. С. 42-43.
5. Апраксина К. Роль сестринского персонала в медико-социальном учреждении типа хоспис // Главная медицинская сестра. 2013. № 3. С. 11-15.
6. Афанасьева Л.Н. Роль сестринского персонала в реализации стационарных замещающих технологий в условиях сельского здравоохранения // Главная медицинская сестра. 2018. № 10. С. 19-28.
7. Безюк Н.Н. Современные требования, предъявляемые к качеству оказания медицинской помощи // Здоровье. 2012. № 5. С. 36-37.
8. Белякова Н.В. Функции медицинской сестры при оказании паллиативной помощи // Главная медицинская сестра. 2018. № 11. С. 12-18.
9. Берлова Л.А. Роль медицинской сестры-координатора в организации непрерывного лечебно-диагностического процесса // Главная медицинская сестра. 2016. № 6. С. 19-23.

10. Бирюкова И.В. Использование сестринского потенциала в работе участковой службы по оптимизации профилактики рака молочной железы // Главная медицинская сестра. 2013. № 7. С. 38-51.

САПАЛЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУДЕГІ СИМУЛЯЦИЯЛЫҚ ОҚЫТУДЫҢ МАҢЫЗЫ

А.А. Куздыбаева,

директордың оқу ісі жөніндегі орынбасары

Г.С.Тукешова

арнайы пән оқытушысы

ШЖҚ «Кеңес одағының Батыры Мәншүк Мәметова атындағы Ақтөбе

Жоғары медициналық колледжі» МКК

Қазақстан Республикасы, Ақтөбе қаласы

Аннотация. *Современная медсестра отвечает за обеспечение качества и безопасности при выполнении манипуляций, уход за пациентами, обеспечение инфекционной безопасности на рабочем месте. Поэтому вопрос обучения высококвалифицированных средних медицинских работников становится очень актуальным. Это должно начаться во время изучения клинических дисциплин в колледже. Преподаватели должны осознавать возложенную на них ответственность за улучшение качества подготовки профессионально квалифицированных, универсально развитых личностей, конкурентоспособных специалистов.*

Annotation. *The article deals with the current issue of the role and activity of a nurse in ensuring the quality and safety of medical care and the development of the activity of a nurse on patronage. Therefore, the issue of training highly qualified secondary medical workers is becoming very relevant. This should start while studying clinical subjects in college. Teachers should be aware of the responsibility assigned to them for improving the quality of training of professionally qualified, universally developed individuals, competitive specialists.*

Кілт сөздер: Білім беру, симуляциялық технологиялар, имитациялық оқыту.

Бүгінгі таңда медбикелер кәсіби мәселелерді шешуде басқаша ойлау, басқаша көзқарас пен кең өкілеттіктерге ие болуы керек, өйткені олардың алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсетудегі рөлі мен миссиясы өзгеруде. Осыған байланысты жас және жыныстық айырмашылықтарына, салауатты өмір салтына, әр адамның, отбасының, қоғамдастықтың денсаулығын сақтауға, қоғамдағы әлеуметтік – демографиялық жағдайларға байланысты аурулардың алдын алуға бағытталған кәсіби іс-әрекеттерді алдынала қарау керек және медбике ісінің философиясы да, медбике үдерістің өзі де өзгеруі керек.

Қазіргі заманғы медбике манипуляцияларды орындау, пациенттерге күтім жасау, жұмыс орнында жұқпалы қауіпсіздікті қамтамасыз ету кезінде сапа мен қауіпсіздікті қамтамасыз етуге жауап береді. Сондықтан жоғары білікті орта медицина қызметкерлерін оқыту мәселесі өте өзекті болып отыр. Ол колледжде клиникалық пәндерді оқу кезінде басталуы керек. Оқытушылар кәсіби білікті, әмбебап дамыған тұлғаларды, бәсекеге қабілетті мамандарды даярлау сапасын жақсарту үшін өздеріне жүктелген жауапкершілікті сезінулері керек.

Медбикелік көмектің сапасы пациенттерге күтім жасаудың жаңа ұйымдастыру нысандарын енгізумен және заманауи ақпараттық технологияларды пайдалана отырып, кәсіби ақпаратпен жұмыс істеумен айқындалады [1]. Қазіргі уақытта орта медициналық қызметкерлерді оқытуда білім мен дағдыларды беруде ғана емес, сонымен қатар медбике ісі аясында шешім қабылдау қабілетіне де назар аудару қажет. Колледждерде оқу кезінде клиникалық дағдыларды меңгеру үшін зиянсыз және ынталандыатын білім беру ортасы құрылуы тиіс, ал түлектер білім мен іскерліктен басқа тәжірибелік сипаттаманы да меңгеруі тиіс [2]. Сондықтан медбикелік жұмысты дамытудың инновациялық бағыттарының бірі оқытуды модельдеуді енгізу болып табылады. Модельдеу (Simulatio-лат. "ұстау") - бұл шындыққа еліктеу өнері, науқастың немесе жеке белгілерінің жалған бейнесі, онда студент оқу ортасында әрекет етеді және бұл туралы біледі.

Имитациялық оқыту заманауи алгоритмдермен үйлесімде жұмыс істеуді үйренуге, күрделі медициналық манипуляциялардың өнімділік деңгейін арттыруға және өз әрекеттерінің тиімділігін бағалауға қабілетті. Имитациялық технологияны қолдану әртүрлі клиникалық сценарийлерді имитациялауда, сондай-ақ жеке диагностикалық және емдік манипуляциялардың практикалық дағдыларын дамытуда реализмнің максималды деңгейіне қол жеткізуге мүмкіндік береді. Студент іс-әрекетті шындыққа жақын ортада, арнайы құралдарды-тренажерлерді қолдана отырып орындайды, олардың көмегімен сіз өмірде болып жатқан шындыққа мүмкіндігінше жақын клиникалық жағдайларды жасай аласыз. Кәсіптік модульдер бойынша практикалық сабақтарда студенттер медициналық ұйымдарда өндірістік практика басталғанға дейін пациентті күту бойынша дағдыларды ғана емес, сондай-ақ практикалық сабақтар бағдарламасымен үйлесімділікте базалық манипуляцияларды да меңгеруі тиіс. Медбикелік практикада негізгі дағдылардың жұмысы үшін манекендердің механикалық модельдері жиі қолданылады, оларда пациенттерге күтім жасау дағдыларын дамытуға болады:

- назогастральды зондтарды енгізу;
- бұлшық етке және тері астына инъекциялар;
- ішкі инфузияларды жүргізу;
- клизмаларды орындау;
- қуықтың катетеризациясы;
- артериялық қан қысымын өлшеу;
- пульсті пальпациялау және тағы басқалар.

Модельдеу орталықтарымен жабдықталған заманауи виртуалды тренажерлер (компьютерлік модельдер) қажетті дағдыларды игерудің келесі кезеңін білдіреді. Олар іс жүзінде медицина мамандарын жаңа әдістерге үйретудің тиімділігін арттырады, қателіктердің пайда болуын азайтады [4]. Виртуалды тренажерлер дағдыларды орындау сапасын бағалаудың қарсы бағдарламаларын есептеу үшін алынған білім деңгейін объективті бағалауға мүмкіндік береді. Имитациялық оқытудың маңызды қасиеттеріне объектіні модельдеудің толықтығы мен шынайылығы жатады. Бұл тәсіл адам денсаулығына зиян келтірместен қажетті практикалық және теориялық білім алуға және тірі пациентке шаш қиюды болдырмауға, сол әрекеттерді бірнеше рет қалпына келтіру арқылы дағдыларды орындауды автоматтандыруға және сирек кездесетін клиникалық жағдайларды модельдеуге мүмкіндік береді. Болашақ орта медицина қызметкерлерін даярлауда кәсіби біліктері мен дағдыларын бағалау мүмкіндігімен имитациялық білім беру технологияларын қолдану медицина мамандарының біліктілігін айтарлықтай арттыруға және оларды клиникалық практикада қолдануға дайындық деңгейіне алып келеді [3]. Имитациялық жаттығулар тұжырымдамасы пациенттің емделу процесінің орталығында болған кезде орта медициналық мамандарды дайындауда жаңа пациенттің орталықтандырылған тәсілін қалыптастыруға сәйкес келеді. Халыққа медициналық көмек көрсету сапасын арттыру және қателіктер мен аурудың асқынуын азайту медициналық қызмет көрсетудің барлық жүйесі оның қажеттілігі мен қажеттілігіне қарай құрылады [4]. Егер сіз науқастың төсегіндегі дәстүрлі оқытуды және модельдеуді салыстыратын болсаңыз, онда сөзсіз бірінші кезекте артықшылығы болады: медбикенің күш-жігерін ұйымдастыру зерттеледі және этикалық-деонтологиялық принциптер сақталады, науқастармен қарым-қатынас сипаттамасы пайда болады, клиникалық ойлау дамиды, байланыс жүйелері тиімді қалыптасады, әр түрлі адамдармен қарым-қатынас жасау дағдылары, процедураны орындау кезінде мүмкіндік пайда болады. Осы мақсатта нақты клиникалық практикаға дайындықты толықтыра алатын және орта медицина қызметкерлерін кәсіби қызметке қажет жеке әдеттерге үйрету үшін пациенттер үшін қауіпсіз мүмкіндік беретін имитациялық оқыту мүмкіндіктерін кеңінен қолдану міндетті [5]. Фантомды және имитациялық оқытуды қолдану оқу процесінде қажетті бағытта жүреді. Медициналық колледждердің түлектері білім мен дағдылардан басқа, практикалық сипаттаманы да басқаруы керек. Алгоритмдерді қолдана отырып белсенді оқыту кәсіби техниканы әдемі меңгерген орта медицина қызметкерін дайындауға мүмкіндік береді. Іскерлік және имитациялық ойындар барысында, шағын топтармен жұмыс жасауда болып жатқан ең үздік кәсіби дағдыларды алу. Оқу барысында электронды оқулықтар, слайдтар, бейнероликтер, манипуляция техникасы, манипуляциялық жаттығулар қолданылады, пайдалы тамақтану және естілетін нәрсені тыныштандыру мүмкіндігі іске қосылады. Студенттер заманауи фантомдарда, муляждар мен жабдықтарда, стандарттарға сәйкес манипуляцияларды орындайды [6]. Арнайы

дайындалған аудиторияда практикалық дағдыны техникалық өткізу бойынша оқыту жүргізіледі. Имитациялық оқытудың келесі кезеңдері бар:

1. Тұтас және мамандық тақырыбын іске асыру бойынша міндеттер.
2. «Мейіргер ісі» пәні бойынша студенттердің дайындық деңгейін бақылау. Оқытушы (сарапшы) қауіпсіздік техникасы бойынша нұсқама өткізеді, студенттердің теориялық дайындығын тексереді.
3. Тақырыпқа байланысты бейне-ролигін көру. Оқу тапсырмасын орындамас бұрын студенттер іс-әрекеттің орындалу бейнесін көреді. Қарау кезінде оқытушы жеке мәселелерге түсініктеме беру мүмкіндігі бар.
4. Оқытушы манекен-тренажерларда іс-дағдысын түсіндіруге міндетті. Бұл кезең оқуға деген ынтаны сақтау мақсатында білім мен дағдылардың жетіспеушілігін алу үшін қажет.
5. Оқу тапсырмасын орындау. Оқытушының бақылауымен және көмегімен дағдыларды дамыту (бірнеше рет қалпына келтіру). Орындамас бұрын студент мүмкіндіктерін еске салуға, пациентпен байланыс орнатуға, жеке басын анықтауға, ертең пациентке хабарлауға және алдын-ала манипуляциядан өтуге, жүргізуге келісім алуға, медициналық құжаттамада белгі қоюға сендіруі керек. Студентті бақылай отырып, оқытушы манипуляцияның орындалуын тексеру тізімімен үйлесімділікте бағалайды.
6. Орындау жүйелілігін қадағалау. Талқылау барысында жіберілген қателіктерді талдап қана қоймай, студенттерге оларды өз бетінше анықтауға көмектесу керек. Студенттің практикалық іс-дағдысын көрсету барысында оны мұқият тыңдау керек, «белсенді тыңдау» принципін қолдану керек. Жауапта жағымды жақтарды көрсете отырып, қорытындылауды бастау, студентті қолдау. Мысалы: сіз тапсырманы жақсы орындадыңыз. Сіз манипуляция жасамас бұрын пациентпен сенімді қарым-қатынас орнатуды ұмытпаңыз, оларға процедуралардың барысын түсіндіріп, қамқорлық жасадыңыз. Әрі қарай, студенттер бұл шеберлікті орындау кезінде жиі жіберетін қателіктерге назар аударайық: манипуляцияны пациенттің келісімінсіз орындау, пациентпен байланыс болмауы және т.б.
7. Шеберліктің қорытынды орындалуы. Осылайша, симуляциялық оқыту кезінде әр студент өзінің білімін, техникалық дайындығын, тапсырмаларды орындау жылдамдығын көрсетеді, бұл басқаруды жекелендіруді білдіреді.

Сабақта осы манипуляцияны бірнеше рет және қалпына келтіру мүмкіндігі жүзеге асырылады. Оқу процесінде жұмыстың негізгі әдісі студенттермен қарым-қатынас болып табылады. Сонымен қатар, оқытушы жанжалсыз қоғамдастықтың дағдыларын қалыптастыруы, эмоционалды тұрақты, теңгерімді болуы, эмоционалды реакциялар мен барлық нәрсеге бейімделуді бақылауы керек. Практикалық сабақтар кезінде қарым-қатынас дағдыларын толығымен пайдалану әрдайым мүмкін емес. Көбінесе "Сіз білуіңіз керек" деген нұсқаға қызмет етеміз. Сондай-ақ, барлық жерде қолдау мен жанашырлық танытуға болмайды. Бұл студенттің белгісіздігін, оқытушыдан қорқуды және нәтижесінде пәнге деген қызығушылықты арттырады. Оқу процесінде имитациялық оқыту технологиясын қолдану студенттердің өзін-өзі

бағалауын арттыруға мүмкіндік береді және әрқайсысының кәсіби қызметті немесе нақты өндірістік ортаға мүмкіндігінше жақын жағдайларда кәсіби стандарт пен іс-дағдыларды орындау алгоритмімен үйлесімді түрде жүзеге асыру мүмкіндігіне ие болады [3]. Бүгінгі таңда имитациялық оқыту медициналық кадрларды даярлау кезінде білім беру процесінде жетекші ұстанымдарға қызығушылық тудырады. Оқытушылар тренажерларда жұмыс істеуді оқытумен қатар, медициналық рәсімдерді орындау алгоритмдерін әзірлеу қажеттілігін анықтады. Егер бұрын практикалық дағдыларды дамыту кезінде біз дереу тәуелсіз процедураны өткізсек, онда күтім жасаушыларға имитациялық оқытуды қосқанда, дайындық және соңғы кезеңдерді қамтитын дағдыларды дамыту керек. Құрылған ұйымдастырушылық-педагогикалық жағдайлар қазіргі уақытта бізге "Терапиядағы мейіргер ісі", "Педиатриядағы мейіргер ісі", "Хирургия мен реанимациядағы мейіргер ісі", "Акушерия мен гинекологиядағы мейіргер ісі" пәндері бойынша циклдардағы кәсіби жағдайларды модельдеуге мүмкіндік берді. Оқу тренажерларын пайдалану өндірістік практиктерді тиімді жүргізу үшін қажетті кәсіби құзыреттерді қалыптастыруға да ықпал етеді.

Әдебиеттер тізімі:

1. Мотола И., Девайн Л.А. Симуляционные технологии в медицинском образовании. Практическое руководство, основанное на лучших доказательствах // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2014.- №4.-С.14-75.
2. Арутюнян К.А., Чупак Э.Л. Современные информационные технологии при обучении на кафедре детских болезней // Материалы учебно-методической конференции «Электронные образовательные технологии: возможности дистанционного обучения в медицинском образовании», Благовещенск, 2017. – С.9-11.
3. Горшков М.Д., Федоров А.В. Классификация симуляционного оборудования // Виртуальные технологии в медицине.- 2012.- №1.- С. 35-39.
4. Блохин Б.М., Гаврютина И.В., Овчаренко Е.Ю. Симуляционное обучение навыкам работы в команде // Виртуальные технологии в медицине. 2012. - №1.- С.18-20.
5. Симуляционное обучение по специальности «Лечебное дело» / Под ред. А.А. Свистунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 288 с.
6. Симуляционное обучение в медицине / Под редакцией профессора Свистунова А.А. Составитель Горшков М.Д. - Москва.: Издательство Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, 2013 -288 с.

«ПАТРОНАЖ МЕЙІРБИКЕСІНІҢ ЖАҢА РӨЛІ»

Успанова Нургул Жанбулатовна,
«Мейіргер ісі негіздері» пәнінің оқытушысы
ШЖҚ КМК «Атырау жоғары медициналық колледжі»
Қазақстан Республикасы, Атырау қаласы

Аннотация. В целях оказания педиатрической помощи в Казахстане в организациях здравоохранения Республики Казахстан утвержден Стандарт, устанавливающий общие принципы оказания медицинской помощи детям на амбулаторно-поликлиническом, стационарном и стационарозамещающем уровнях. Впервые установлен перечень медицинских услуг с организацией новой универсально-прогрессивной модели патронажного наблюдения младенцев и детей раннего возраста в домашних условиях. Новая модель предусматривает выявление и снижение рисков медицинского или социального характера, угрожающих жизни, здоровью и развитию ребенка. Большое внимание в стране уделяется социально уязвимым слоям населения. Новая роль патронажной медсестры в посещении дома. Это легче понять среду и условия, в которых живет ребенок и семья, находясь в доме семьи, а патронажная медсестра может более реалистично оценить проблемы ребенка, а также сделать патронажного работника «невидимым видимым», дать возможность более раннего вмешательства, чтобы поддержать здоровье и развитие ребенка.

Annotation. In order to provide pediatric care in Kazakhstan, healthcare organizations of the Republic of Kazakhstan have approved a Standard that establishes general principles for providing medical care to children at the outpatient, inpatient and inpatient replacement levels. For the first time, a list of medical services has been established with the organization of a new universal and progressive model of patronage supervision of infants and young children at home. The new model provides for the identification and reduction of medical or social risks that threaten the life, health and development of the child. Much attention in the country is paid to socially vulnerable segments of the population. The new role of a foster nurse in home visits. It is easier to understand the environment and conditions in which the child and family live while in the family home, and the foster nurse can more realistically assess the child's problems, as well as make the foster worker "invisible visible", enable earlier intervention to support the child's health and development.

Кілт сөздер: педиатриялық, модель, әлеуметтік, профилактикасы, патронаждық, профилактика, әмбебап-прогрессивтік.

Қазақстанда педиатриялық көмек көрсету мақсатында Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ұйымдарында амбулаториялық-емханалық, стационарлық және стационарды алмастыратын деңгейлерде балаларға медициналық көмек көрсетудің жалпы қағидаттарын белгілейтін Стандарт

бекітілді. Аталған құжат еліміздегі Педиатрия және балалар хирургиясы ғылыми орталығы, Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы «УМС», Қазақ үздіксіз білім беру медициналық университеті, «С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медициналық университеті» ШЖҚ РМК және т.б. тәрізді жетекші медициналық мекемелердің мамандарының қатысуымен әзірленді. Біріккен Ұлттар Ұйымының Балалар Қоры (ЮНИСЕФ) ұсынған нәрестелер мен ерте жастағы балаларды үй жағдайында патронаждық бақылаудың жаңа әмбебап-прогрессивті моделін ұйымдастыра отырып, алғашқы рет медициналық қызметтер тізбесі белгіленді. Жаңа модель баланың өміріне, денсаулығына және дамуына қауіп төндіретін медициналық немесе әлеуметтік сипаттағы тәуекелдерді анықтауды және төмендетуді көздейді. Еліміздегі халықтың әлеуметтік жағынан осал топтарына көп көңіл бөлінеді. Нақты бір отбасының анықталған күрделі мәселелеріне байланысты баланы патронаждық бақылау шараларының жеке жоспары әзірленіп және орындалу мерзімі көрсетілген отбасының жеке жоспары жасалынады. Стандарт 0-ден бастап 18 жасқа дейінгі балалардың аурушандығы, өлім-жітімі және мүгедектігінің профилактикасы мен оларды төмендету бойынша аталған шараларды жүргізуді көздейді. Сонымен қатар, нәрестелерге стационарлық көмекті ұйымдастыруды жақсарту мақсатында балаларды жаңа туылған кезден бастап емдеу үшін қажетті медициналық жабдықтар мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың тізімі белгіленді. Стандартта өңірлердегі ауыр халде жатқан және Республикалық медициналық ұйымдарға жатқызу жоспарланған нәрестелерді тасымалдаудың ережесі, сондай-ақ балаларға осы емдеу деңгейінде көрсетілетін медициналық қызметтің түрі және диагноз қоюдың қиын жағдайында немесе аурудың үдеуі кезінде баланы емдеудің тәсілдері белгіленді. Стандартқа ақпарат көзі ретінде Қазақстан Республикасында педиатриялық көмек көрсетуді ұйымдастыру бойынша 9 қосымша енгізілді. Олардың ішінде негізгісі: нәрестелерді және 5 жасқа дейінгі балаларды дәрігер/фельдшер және орта медицина қызметкері үй жағдайында және МСАК деңгейінде медициналық ұйымдарда қабылдауының жалпы бақылау сызбасы және 5 жасқа дейінгі балалар патронажының әмбебап-прогрессивті моделінің сызбасы.

МСАК патронаждық қызметін жаңғырту және патронаждың жаңа моделіне көшу қажеттілігі жүкті әйелдер мен ерте жастағы балаларға үйде болудың қолданыстағы жүйесі МСАК көрсету сапасының қазіргі заманғы талаптарына жеткілікті дәрежеде сәйкес келмеуіне байланысты туындады. Патронаждық сапарлар кезінде баланың физикалық, психоәлеуметтік және эмоционалдық дамуының траекториясын бұзатын тәуекелдерді ерте анықтауға, аурулардың, жарақаттардың, жазатайым оқиғалардың, қатыгез қараудың және зорлық-зомбылықтың бастапқы профилактикасына бағытталған негізгі мақсаттарға қол жеткізілмейді. Үйге бару анасымен қысқа мерзімді байланысқа түседі, оның барысында патронаттық мейірбике негізінен баланың физикалық денсаулығына назар аударады, баланы келесі вакцинацияға немесе дәрігердің профилактикалық қабылдауына шақырады немесе науқастарға белсенді қатысады. Қалған уақытты медбике амбулаториялық картадағы жазбаларға

немесе балаларды қабылдау кезінде дәрігердің нұсқауларын орындауға жұмсайды. Сапар барысында патронажық мейірбике баланың денсаулығы мен әл-ауқатына қауіп төндіретін әлеуметтік қауіптерді бағаламайды, ата-ананың балаға деген көзқарасы мен сүйіспеншілігі, ананың немесе әкенің депрессиясы, отбасындағы шиеленісті қарым-қатынастың болуы, оң тәрбие дағдыларының болмауы және басқа да маңызды аспектілерге назар аудармайды. баланың денсаулығын, өмірлік тұрақтылығын, дамуы мен әл-ауқатын анықтайтын факторлар. Егер патронаж мейірбикесі өзінің тәжірибесіне байланысты осындай тәуекелдерді көретін болса, ол тәуекелдерді жою немесе азайту үшін қандай нақты қадамдар жасау керектігін білмейді.

Патронаждық қызметтің сапасын жақсарту үшін ЮНИСЕФ ең алдымен менеджмент, балалармен халықтың анықталған қажеттіліктері негізінде жоспарлау, адами және қаржылық ресурстарды жұмылдыру, байыту деңгейінде қызметтер көрсетудің қалыптасқан алгоритмі көмегімен жүкті әйелдер мен балалы отбасыларға қызмет көрсету сапасын жақсартуға бағытталған әдістемелік ұсынымдар әзірледі. Әмбебап-прогрессивтік модельдің басты мақсаты-ата-аналар мен қоршаған ортаның әл-ауқатымен тығыз байланыста ерте жастағы балалардың денсаулығы мен әл-ауқатын қорғау және нығайту. Патронаждық қызмет көрсету-патронаждық бикенің ерте жастағы балаларға, оның ішінде босанғанға дейінгі кезеңге "Үй сапарларын" жүргізу жүйесі. Отбасымен өз ортасында кездесу маманға проблемаларды түсінуге және дұрыс шешім қабылдауға ерекше мүмкіндік береді. Балаларға патронаждық қызмет көрсетудің 3 негізгі моделі бар, олардың әрқайсысының өзіндік артықшылықтары мен кемшіліктері бар: Әмбебап модель - бұл белгілі бір жас кезеңдерінде әр балаға міндетті түрде бару арқылы барлық жас балаларды патронаждық бақылаумен қамту. Мақсатты модель - бұл медициналық немесе психоәлеуметтік қауіптерге байланысты ерекше қажеттіліктері бар жоғары қауіпті топтағы балаларды патронаждық бақылаумен қамту. Үйге барудың әмбебап прогрессивті Моделі - бұл әмбебап және мақсатты модельдің артықшылықтарын біріктіретін, олардың шектеулерін жеңіп, максималды тиімділікті қамтамасыз ететін аралас модель. Оңтайлы өсу мен дамуды қамтамасыз ету үшін әлеуметтік - экономикалық қиындықтарды, психоәлеуметтік стрессті, басқа да қолайсыз жағдайларды (мысалы, баланы тамақтандырудағы қиындықтар, даму проблемалары, қауіпсіз ортаны қамтамасыз ету және т.б.) бастан кешіретін отбасылар күшейтілген қолдау алады. Мұндай отбасылар қосымша назар аударады — көбінесе психологтар мен әлеуметтік қызметкерлер сияқты патронаждық мейірбикелерден басқа бірқатар мамандардың қатысуын талап етеді.

Денсаулық сақтауды дамытудың 2016-2020 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы БМСК патронаждық қызметінің әмбебап - прогрессивті моделін балалардың денсаулығы, дамуы мен әл-ауқатының көрсеткіштерін жақсартудың тиімді жүйесі ретінде енгізуді көздейді. Бұл модель ДДҰ мен ЮНИСЕФ алғашқы медициналық - санитарлық көмек көрсету сапасының қазіргі заманғы талаптарына жауап беретін

медициналық-әлеуметтік бағыттағы үлгі ретінде ұсынылған: қысқа және ұзақ мерзімді мерзімде патронаждық қызмет көрсетудің әмбебап-прогрессивті моделін табысты енгізу кезінде балалар, отбасы және ата-аналар мен қоғам тарапынан оң нәтижелер күтуге болады. Балалар тарапынан: дене салмағының аз болуы, ерте босану, туа біткен даму кемістіктері, тамақтану мен өсуді жақсарту, ауру мен өлімді төмендету, иммундау көрсеткіштерін жақсарту, когнитивті және әлеуметтік дамуды жақсарту, жарақаттану деңгейін төмендету, мүгедектік ауыртпалығын төмендету және балалардан бас тарту және қатыгез қарым-қатынас жағдайларын қысқарту сияқты неонаталдық көрсеткіштерді жақсарту. Отбасы және ата-аналар тарапынан: босанғанға дейінгі күтімді жақсарту және акушерлік асқынулардың алдын алу, балалар тамағы бойынша ата-ана білімі мен дағдыларын жақсарту (емшекпен тамақтандыру және тістеу), медициналық көмекке жүгіну көрсеткіштерін жақсарту, инфекциялық аурулардың алдын алу туралы ата-аналардың хабардар болуын жақсарту және ата-ана білімін жақсарту, қауіпсіз үй ортасы, мүмкіндігі шектеулі балалармен отбасыларды қолдауды жақсарту, ата-ана күйзелісін азайту. Қоғам тарапынан: медициналық қызмет көрсетуге арналған шығыстарды төмендету, мектепке дайындығын, үлгерім деңгейін және даму көрсеткіштерін жақсарту, балалардағы жоспарлы екпелерін алу емдеуге жатқызуға байланысты денсаулық сақтау шығындарын төмендету, ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларды, қатыгез қараудан зардап шеккен балаларды күтуге арналған шығындарды, қылмыспен және нашақорлықпен күреске байланысты шығындарды төмендету.

Патронаждық мейірбикенің жаңа рөлі патронаж мейірбикесі үйге барып қарауда бұл бала мен отбасы өмір сүретін ортаны және жағдайды түсіну оңайырақ, отбасының үйінде болғанда, патронаж қызметкері баланың басындағы мәселелерге шынайырақ баға бере алады, сонымен қатар патронаж қызметкері «көрінбейтінді көрінетін» етеді, баланың денсаулығына және дамуына демеу болу үшін ертерек араласу мүмкіндігін береді. Жаңа патронаж мейірбикесінің кәсіби рөлі мен міндеттері өте кең, себебі, ол баланың өміріне әсер ететін барлық факторлар, әрі патронаж қызметкерлерінің өздеріне әсер ететін барлық факторлар туралы ойлауы тиіс. Яғни, оның рөлі жеке тұлға, отбасы, қоғам және ұйым деңгейінде өлшенеді. Жеке тұлға ретінде бағалайды, мониторинг жүргізеді, ақпараттандырады, құрмет, қамқорлық және жанашырлық көрсетеді. Отбасы ретінде қарым-қатынастарды түсінеді, мықты тұстарды, ресурстарды анықтайды, тілдеседі, пайдалы қарым-қатынастар үлгісін қалыптастырады, шындыққа жанасатын үміттерге қолдау білдіреді, адвокация ұсынады. Қоғам ретінде байланыстарды сақтайды, жалпы қажеттіліктерді, ресурстарды анықтайды..

- Үйге барып қарау кезінде патронаж қызметкері отбасымен әрдайымен сыпайы сөйлесуі керек және соңғы өзекті мәліметтері болуы тиіс;
- үйге келіп қараудың нақты мақсаттары мен міндеттері болуы тиіс;
- дайындалып келуі және үйге келіп қарау үшін өзектілігі бар ақпараты мен ресурстары болуы тиіс;

- келе сала өзін таныстыруы, жұмыс істейтін мекемесінің атауы/мекен-жайын, өз ролін және келу мақсатын айтуы тиіс;
- осы мекен-жайда кім тұратынын анықтау керек және отбасына қатысы бар басқа адамдар туралы, мысалы, енесі, достары туралы мәлімет алуы тиіс, бұл отбасындағы қарым-қатынастарды түсінуге көмектеседі.

Осы патронаждық қызметтің универсальды прогрессивті модель бойынша Атырау облысы бойынша тренермен аталған ауқымды бағдарлама бойынша облысымыздағы және шалғай аудандардағы емдеу мекемелерінің мейіргерлері оқытылып жұмыс жасауда.



Атырау облысы Исатай ауданы «Исатай аудандық орталық ауруханасы» «Патронаждық қызметтің универсальды прогрессивті моделі» бойынша тәжірибелік сабақта



«Патронаждық қызметтің универсальды прогрессивті моделі» бойынша білім жетілдіру курсына

Сонымен қатар Атырау жоғары медициналық колледжінің бітіруші топтардың білім беру ұйымдары анықтаған пән бойынша осы бітіруші топтарға осы патронаждық қызметтің универсальды прогрессивті моделі бойынша сабақ жүрді. Өз тәжірибемді шыңдау мақсатында аталған тақырып бойынша тренингтер өткізілді. Тренинг мақсаты болашақ мамандарға бұл модельдің артықшылығын түсіндіру жұмыс жасау барысында ата-анмен бала арасындағы байыр басу және баланы қосымша тамақтандырудың негізгі артықшылықтарын көрсеті және ата-ананы үйрету.



«Патронаждық қызметтің универсалды прогрессивті моделі» бойынша
«Баланы қосымша тамақтандыру» тренинг

Қортындылай келе, патронаждық қызметкерлер жақсы дайындалған, қажетті қызметтерді ұсыну үшін жеткілікті білім мен дағдыларға ие болуы керек. Патронаждық мейірбике команда мүшесі болып табылады және жалпы практика дәрігерімен, учаскелік мейірбикелермен, әлеуметтік қызметкермен, психологпен тығыз жұмыс істейді. Патронаж мейірбикесі емшек сүтімен емізетін аналарға қолдау көрсету тобы, үкіметтік емес ұйымдар және басқа ресурстар сияқты жұмыста қолдануға болатын жергілікті қоғамдастықтың мүмкіндіктерін жақсы білу керек. Әр отбасының жанашыр адамы болу керек деп есептеймін.

Пайдаланған әдебиеттер:

1. Патронаж мейірбикесіне арналған ақпараттық карталар бүктемесі.
2. Патронаж мейірбикесінің жаңа ролі бойынша 2 модуль тренерлерге арналған нұсқаулық.
3. «Қазақстан Республикасында педиатриялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 27 желтоқсан № 1027 бұйрығы.

МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ ҚАУІПСІЗДІГІН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДЕГІ МЕДБИКЕЛЕРДІҢ РӨЛІ

В. И. Тлеулесова, Ж.Б. Динашова

*Арнайы пән оқытушылары
ШЖҚ «Кеңес Одағының Батыры Мәнишүк Мәметова атындағы
Ақтөбе Жоғары медициналық колледжі» МКК
Қазақстан Республикасы, Ақтөбе қаласы*

Аннотация. *Мотивация медицинских работников на достижение высоких результатов составляет составляющую менеджмента качества. Качество сестринской помощи - важнейший аспект качества медицинской помощи, оказываемой населению, характеризующий результаты анализа комплексных параметров системы здравоохранения, определяющий ресурсные возможности организации, оценивающий эффективность управления, функциональные свойства, результаты работы. Для предупреждения воздействий производственных условий и поддержания безопасности в работе, медицинская сестра должна знать и уметь использовать важнейшие средства и приемы защиты.*

Annotation. *Motivation of medical workers to achieve high results is a component of quality management. The quality of nursing care is the most important aspect of the quality of medical care provided to the population, which characterizes the results of the analysis of complex parameters of the health care system, determines the resource capabilities of the organization, evaluates the effectiveness of management, functional properties, and results of work. To prevent the effects of industrial conditions and maintain safety at work, the nurse must know and be able to use the most important means and techniques of protection.*

Түйін сөздер: медицина қызметкерлері, қауіпсіздік, мейірбикелік қызметтің сапасы, сапаны бағалау, еңбек жағдайы, денсаулық.

Біздің елімізде де, шетелде де денсаулық сақтауды дамыту және зерттеу мен емдеудің жоғары технологияларын белсенді енгізе отырып, медициналық көмек көрсету процесін "индустрияландыру" медициналық қызметтің қауіпсіздігін қамтамасыз ету мәселесін ерекше өзекті етеді. Қауіпсіздік-пациенттердің оны көрсету нәтижелеріне қол жеткізуімен, оңтайлылығымен және қанағаттануымен қатар медициналық көмектің сапасын қамтамасыз ететін маңызды компоненттердің бірі болып табылады.

Медицина қызметкерінің қауіпсіздігі, өз кезегінде, биологиялық сұйықтықтармен (несептен, жарадан бөлінетін қан) жұмыс істеу кезінде жұқтырудың кәсіби тәуекелдерімен, химиялық реагенттермен зақымдану қаупімен (дезинфекциялау құралдары, дәрілік препараттар, анестетикалық газдардың қалдықтары), сәулелену қаупімен (рентген аппараттары, изотоптардың қалдықтары, пациенттердің изотоптық зерттеуден кейінгі радиоактивті бөлінуімен (несеп, нәжіс, құсу массалары) немесе пациенттің

радиоактивтілігімен, мысалы, брахитерапиядан кейін), сондай-ақ қолайсыз психологиялық жағдайдың әсерінен ауыр физикалық еңбекпен және стресстен болу қаупі бар.

Медициналық араласу кезінде жұқпалы ауруларды жұқтыру мемлекетке жылына бір неше миллиард теңге құрайды, ал жыл сайын дәрігер ауруға байланысты жұмысқа шықпайды, 50 жасқа дейінгі медицина қызметкерлерінің өлім-жітім деңгейі елдегі орташа деңгейден 22% жоғары.

Қанмен жанасудың кәсіптік қатерін азайтуға және кәсіптік аурулардың алдын алуға қажет емес инъекциялық әдістемелерді болдырмау, пайдаланылатын инелердің санын азайту, өткір заттарды дұрыс кәдеге жарату, инженерлік бақылауды енгізу және инъекциялық құрылғылардың жаңа модельдерін (оның ішінде инъекциядан инженерлік қорғаныспен) пайдалану, сондай-ақ тескіш-кескіш заттармен жұмыс істеу кезінде сақтық шараларын сақтау (иненің қалпақшасын және скальпельдердің бір рет қолданылатын жүздерінің қорғаныш қақпақтарын қайта кигізбеу) арқылы қол жеткізуге болады. Медициналық мекеме басшылығы тарапынан әкімшілік бақылауды қамтамасыз ету, қызметкерлерді оқыту және тиісті есептілікті жасау медициналық ұйым ішінде гемоконтактілік инфекциялардың алдын алуда шешуші рөл атқарады.

Медициналық технологиялардың сапасын қамтамасыз етуге дәлелді клиникалық практикаға (оның ішінде мейіргерлік) негізделген медицина ғылымының соңғы жетістіктерін ескере отырып, медициналық көмек көрсету тәртіптерін, медициналық қызметтерді орындау стандарттары мен технологияларын әзірлеу және уақтылы қайта қарау арқылы қол жеткізіледі. Осыған байланысты мейірбикелік күтім сапасына сезімтал Денсаулық сақтау тиімділігінің көрсеткіштері ерекшеленеді. Оларға зәр шығару жолдарының инфекциясы, асқазан-ішек жолдарының жоғарғы бөліктерінен қан кету, ауруханаға жатқызу ұзақтығының артуы, ауруханаішілік пневмония (оның ішінде желдеткішпен байланысты), пациенттердің құлауы, инъекциядан кейінгі асқынулар (катетермен байланысты инфекциялар) және реанимациялық шаралар жатады. Қоғамдық денсаулық сақтау мамандары мен медицина қызметкерлері мейірбике ісінің жетіспеушілігі қауіпсіздікке қауіп төндіретінін мойындайды. Жүргізілген зерттеулер мейірбикеге жүктеменің артуымен ауруханаішілік өлім қаупінің сенімді өсуін, сондай-ақ орта медициналық қызметкерлердің білім деңгейі мен 30 күндік өлім-жітімнің арасындағы байланысты көрсетеді, бұл штаттық кесте жоғары деңгейдегі медбикелермен толықтырылған жағдайда айтарлықтай төмен болды.

Сондай-ақ, пациенттердің қауіпсіздігі қате диагностикаға, аурудың атиптік ағымына, тағайындау кезіндегі қателерге, дәрі-дәрмектің дұрыс таңдалмаған дозасына, жеке сезімталдыққа, таңбалаудың болмауына, контрафактілік дәрі-дәрмектерге, дәрі-дәрмектерді өсіру кезіндегі қателерге, дәрі-дәрмектердің өзара әрекеттесуіне (үйлесімділігіне), сондай-ақ аллергия туралы ақпаратты берудегі бұзушылықтар нәтижесінде пайда болатын өлімге

әкелетін аллергиялық реакцияларға байланысты болуы мүмкін, олар пациенттердің әл-ауқатына теріс әсер етеді.

Хирургиялық тәжірибеде қате хирургиялық араласудың қаупі, сондай-ақ құралдар мен тампондарды санаудағы қателіктер болуы мүмкін. Осылайша, медициналық қызметтің қауіпсіздігіне ықпал ете алады:

- ғылымның соңғы жетістіктеріне және технологиялардың дамуына негізделген пәнаралық тәсілді ескере отырып, кәсіби дамудың барлық кезеңдерінде персоналды, оның ішінде клиникалық мейіргерлік практика саласындағы сарапшыларды жүйелі даярлау;
- медициналық мекемелердің қауіпсіз жабдықтар мен шығын материалдарын пайдалану тәжірибесін кеңейту арқылы медицина қызметкерлері үшін қауіпсіз еңбек жағдайларын жасау;
- Денсаулық сақтау мамандары арасында тәуекел топтарын мониторинг жүргізу;
- Медициналық көмек сапасының ішкі және сыртқы аудиті жүйесін жетілдіру;
- Сараланған жүктеме мен білім деңгейін ескере отырып, кадрларды орналастыру;
- Клиникалық мейіргерлік практиканы сараптау саласында мейіргерлердің функцияларын кеңейту;
- пациенттер мен медицина қызметкерлерінің қауіпсіздігін қамтамасыз етуге бағытталған медициналық мекеменің ұйымдастыру мәдениетін дамыту.

Әдебиеттер тізімі:

1. Абенова, Н. С. Роль медицинской сестры во фтизиатрической службе / Н. С. Абенова // Сестринское дело. – 2018. - № 4. - С. 28. Братыщенко, Л. А.
2. Роль медицинской сестры в первичной профилактике заболеваний полости рта / Л. А. Братыщенко // Сестринское дело. – 2018. - № 4. - С. 46-48. Великанова, Л. П.
3. Роль медсестер в формировании терапевтической среды / Л. П. Великанова, Е. И. Гришина // Медицинская сестра. - 2018. - Т. 20, № 1. - С. 3-5. Годовых, Е. А.
4. Роль медицинских сестер в обеспечении качества медицинской помощи / Е. А. Годовых, Л. В. Гардерובה, В. В. Нагель // Сестринское дело. – 2017. - № 5. - С. 38-39. Дмитриева, М. Г.
5. Роль медсестры в обеспечении должного качества жизни больных с кишечной дивертикулитом / М. Г. Дмитриева, Г. Я. Игнатова, Н. В. Туркина // Медицинская сестра. – 2017. - № 6. - С. 28-33.
6. Дятлова, Е. В. Современная медсестра / Е. В. Дятлова, С. Н. Казакова, Е. А. Жуткина // Медицинская сестра. - 2018. - Т. 20, № 3. - С. 3-5.
7. Ильницкий, А. Н. Медсестра и реабилитация в гериатрии / А. Н. Ильницкий // Медицинская сестра. – 2017. - № 5. - С. 4-7.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Кучерова И.В.

преподаватель дисциплины «Сестринский уход и безопасность пациента»

Мунасыпова Д.Р.

методист кафедры «Прикладной бакалавр сестринского дела»

Кажикумарова Г.С.

главная медицинская сестра

ГКП на ПХВ Городской клинической больницы № 4 УЗ г.Алматы,

студентка специальности «Сестринское дело», квалификации

«Прикладной бакалавр сестринского дела»

Казахстанско-Российский Высший медицинский колледж

г.Алматы, Республика Казахстан

Аннотация. Мақалада протездеуден кейінгі операциядан кейінгі кезеңде пациенттің күтіміндегі мейірбикенің ролін зерттеуге арналған. Бұл кезең операция аяқталған сәттен басталады және пациент бөлімшеден шығарылғанға дейін жалғасады. Барлық сәттер науқастың физиологиялық функцияларын қалпына келтіруге, операциялық жараны емдеуге, асқынулардың алдын алуға бағытталған.

Annotation. In the article devoted to the study of the role of a nurse in the care of a patient in the postoperative period after prosthetics. This period begins from the end of the operation and continues until the patient is discharged from the department. All aspects are aimed at restoring the physiological functions of the patient, at healing the surgical wound, and at preventing complications.

Ключевые слова: медицина, эндопротезирование сустава, актуальная проблема, государственная политика, роль медицинской сестры, уход, реабилитация, протез.

Протез - искусственное приспособление, способное заменить функцию определенного органа. Если протез располагается внутри человеческого тела, то он называется эндопротезом. Эндопротезирование сустава - это операция по замене компонентов сустава имплантатами, которые имеют анатомическую форму здорового сустава и позволяют выполнять весь объем движений. После подобных операций пациент забывает о болях в суставах и возвращается к активной жизни. В Клинике проводятся операции по эндопротезированию крупных (коленные, тазобедренные, плечевые, локтевые) и мелких (суставы пальцев) суставов. Материалы, из которых изготавливают современные эндопротезы суставов, обладают высокой прочностью и хорошей приживаемостью в организме человека. Поэтому срок их службы составляет в среднем 15-20 лет, а во многих случаях больные пользуются ими до 30 лет. При износе эндопротеза его заменяют новым.

Клинические отделения



Из таблицы видно, сколько в отделениях находится коек.

Сестринский уход за послеоперационными пациентами – это составная часть лечебного процесса. Сестринский уход предполагает системный подход в организации работы медицинской сестры, который позволяет пациенту получить не только полноценный уход, но и психологическую поддержку. Для того чтобы найти путь к установлению контакта с пациентом, заслужить его доверие, поддержать в нем уверенность в выздоровлении и успешности лечения, нужны терпеливость, такт, собранность, дисциплина и внимательность. Комфортность условий пребывания пациента в палате в послеоперационном периоде – это существенная часть показателя качества жизни.

Задачами раннего послеоперационного периода являются профилактика послеоперационных осложнений со стороны послеоперационной раны, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и предупреждение трофических расстройств, в первую очередь, пролежней. Специальные задачи включают уменьшение отека мягких тканей и создание оптимальных анатомо-физиологических условий для заживления травмированных во время операции тканей. Средствами для решения этих задач являются упражнения для грудного и диафрагмального дыхания, для мелких суставов конечностей, присаживание в постели с помощью рук. Особое внимание уделяют укладке и фиксации валиками оперированной конечности (валики под коленный сустав и с наружной стороны ноги для исключения наружной ротации бедра). В широком смысле слова конечной целью реабилитации больных после эндопротезирования сустава является полноценное функциональное, социально-бытовое и профессиональное восстановление.

Плохо проведенный послеоперационный период, в первые дни, после операции, могут привести к неблагоприятному исходу и удлинить послеоперационный период. Несвоевременно выявленные к первым отклонениям от нормального течения послеоперационного периода стоит иногда жизни пациенту. Медицинский персонал должен предвидеть и

предотвратить любые осложнения, а если они возникают, то надо приложить все усилия к их недопущению и устранению. Конечно, основная роль при ведении послеоперационного периода принадлежит медицинской сестре, которая не только следит за общим функциональным состоянием, но и так же своевременно вводит лекарства, уход за пациентом, участие в кормлении, контроль и уход за гигиеническим состоянием кожи и ротовой полости. Кроме того, медицинская сестра постоянно находится около пациента, поэтому первой замечает ухудшение состояния пациента и иногда вынуждена самостоятельно оказать первую помощь (подача кислорода, удаление рвотных масс из носоглотки, остановка кровотечения прижатием и т. д.). Также медицинская сестра обучает правилам ухода за пациентами членов его семьи. Чтобы справляться с обязанностями по уходу за хирургическими пациентами, необходимо быть не только внимательными и чуткими людьми, но высоко грамотными специалистами, понимающими сущность заболевания и хирургического вмешательства, механизм действия применяемых лекарств, смысл проводимых манипуляций, причины возможных осложнений, психологическое состояние пациента и его родных. Необходимо обращать внимание на выражение лица пациента (страдальческое, спокойное, бодрое и т. д.), цвет кожных покровов (бледность, покраснение, синюшность) и их температуру и влажность при пальпации. Следует учитывать и фиксировать в истории болезни жалобы больного. Вместе с возможными отклонениями от физиологического состояния указываются мероприятия по их коррекции. Например, сухость языка может свидетельствовать о потере организмом жидкости, нарушении водного обмена и необходимости ее возмещения, в том числе и парентеральным путем врачебного назначения. Независимым сестринским вмешательством при сухости во рту может быть полоскание или обработка ротовой полости подкисленной водой, а при появлении трещин — раствором соды (1 чайная ложка на стакан воды), перекисью водорода (2 чайные ложки на стакан воды). Подкисление воды с целью усиления саливации (слюноотделения) осуществляют добавлением в воду лимонного сока или сока клюквы.

Ранний послеоперационный лечебно-восстановительный период начинается в стационаре, где осуществляют оперативное вмешательство и продолжается, как правило, 2-3 недели (табл. 2). Активизация в постели разрешается уже на 1-е сутки после операции. В зависимости от возраста, объема оперативного пособия, вида операционного доступа и примененного типа эндопротеза, срок начала активизации пациента и переход к нагрузке может изменяться. Со второго дня можно присаживаться в постели, начинать статические упражнения для мышц конечности, выполнять дыхательную гимнастику. Ходьба с дозированной нагрузкой на оперированную конечность и дополнительной опорой (костыли, ходунки, опорная рама) возможна уже с 3-х суток. Швы снимают, как правило, на 14-е сутки.

Таблица 2

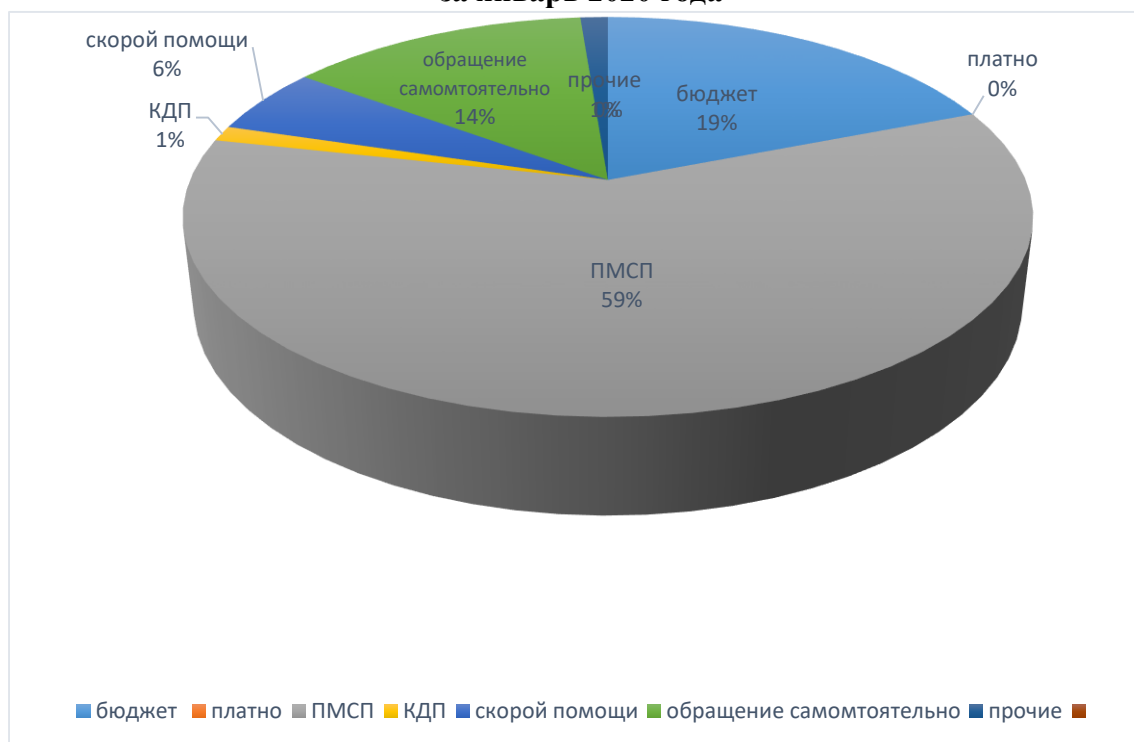
Двигательные режимы послеоперационного восстановительного лечения в стационаре

Период восстановительного лечения	Двигательный режим	Срок после операции	Характеристика периода
Ранний послеоперационный	Щадящий	С 1 - 2 до 5 - 7 дня	острое послеоперационное реактивное воспаление, рассасывание гематом
	Тонизирующий	с 5 - 7 до 15 дня	заживление послеоперационной раны, восстановление мышечной активности

Мероприятия по улучшению качества жизни в раннем послеоперационном периоде у пациентов заключаются в раннем восстановлении функций органов и систем.

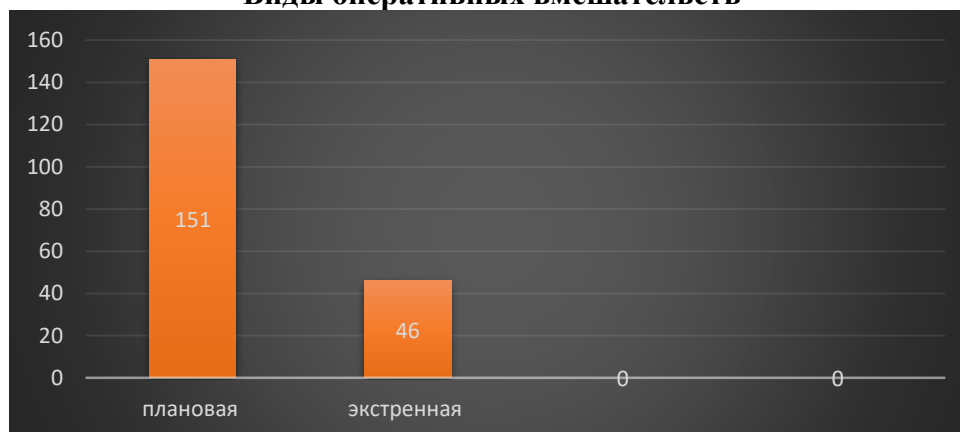
Таблица 3

Количество пациентов (взрослые), получивших эндопротезирование за январь 2020 года



Из таблицы видно, что большая часть пациентов была направлена ПМСП.

Виды оперативных вмешательств



Из таблицы, видно, что преобладают плановые оперативные вмешательства, что позволяет качественно подготовить пациентов к операции.

Вывод. Однако максимальное достижение положительного конечного результата возможно при проведении адекватной предоперационной подготовки к эндопротезированию с последующим своевременным применением реабилитационных мероприятий в ранний и поздний операционный период. Комплексный подход позволяет снизить число послеоперационных осложнений, добиться спрогнозированного высокого результата. Если медицинская сестра знает, какую операцию перенес пациент, какие опасности ему могут угрожать, то при наблюдении за оперированным она сумеет вовремя не только заметить изменения в его состоянии, но и правильно их оценить, сообщить о них лечащему врачу, а в неотложных случаях еще до прихода врача оказать пациенту необходимую неотложную медицинскую помощь. Таким образом, подробное изучение вопросов, связанных с уходом за пациентами в послеоперационном периоде, является важным и актуальным для медицинских сестер.

Литература:

1. Оксфорд, Шапталъ Л. Уход за больным/ Пер. с фр. Э.А. Вассерберга
2. Белянин О.Л., Курбанов С.Х., Неверов В.А. Динамика качества жизни инвалидов вследствие коксартроза после эндопротезирования тазобедренного сустава. Ученые записи. – 2007. -№1.
3. Неверов В.А., Селезнева Т.С., Курбанов С.Х. Эндопротезирование тазобедренного сустава и реабилитация больных. Руководство для пациентов. СПб., 2008.
4. Полиевский С.А., Попов С.Н., Калинина О.В., Якушин А.А., Карпухин А.О., Иванов А.А., Церябина В.В. Физическая реабилитация послеэндопротезирования тазобедренного сустава: учебно-методическое пособие. –М.:2008.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В НАБЛЮДЕНИИ И УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Уразалиева В.У.

преподаватель по дисциплине «Сестринский уход при хронических заболеваниях»

Худасова Г.Е.

старшая медицинская сестра ОРИТА (отделения реанимации, интенсивной терапии и анестезиологии) НЦПиДХ,

студентка специальности «Сестринское дело»,

квалификации «Прикладной бакалавр сестринского дела»

Казахстанско-Российский Высший медицинский колледж

г.Алматы, Казахстан

Аннотация. *Мақалада реанимация және қарқынды терапия бөлімшесіндегі пациенттерді бақылау мен күтудегі мейірбикенің рөлінің маңыздылығы туралы пікірталастар келтірілген.*

Annotation. *The article discusses the importance of the role of a nurse in the observation and care of patients in the intensive care unit.*

Ключевые слова: сестринское дело, сестринский процесс, медицинская сестра, нейроаксиальная блокада.

Основными задачами современного здравоохранения являются повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи.

Важнейшей составляющей здравоохранения является сестринское дело, которое располагает значительными кадровыми ресурсами и потенциалом для удовлетворения потребностей населения в качественной и доступной медицинской помощи. Наряду с врачами, средний медицинский персонал вносит огромный вклад в совершенствование оказания медицинской помощи населению.

С развитием медицины, внедрением современных методов лечения и организации сестринского ухода повышаются требования к медицинской сестре, к ее личностным и профессиональным качествам.

Сестринский процесс – это деятельность медицинской сестры, которая включает в себя обсуждение с пациентом его проблем, помощь в их решении в пределах сестринской компетенции. Для осуществления сестринского процесса медицинская сестра должна обладать необходимым уровнем знаний, навыками профессионального общения, выполнять сестринские манипуляции, используя современные технологии, знать реакции организма на различные виды повреждений, уметь выявлять нарушенные потребности пациента и знать способы их удовлетворения, владеть навыками по уходу за пациентами.

В связи со спецификой работы в отделении реанимации и анестезиологии большая ответственность возлагается на медицинских сестер. Конечный результат зависит от тщательной подготовки пациента к операции,

пунктуального выполнения назначений врача и правильного ухода за пациентом в послеоперационном периоде и в период реабилитации, поэтому работа медсестры в лечении пациентов не менее важна, чем работа врача.

Современная медицинская сестра ОРИТА должна иметь достаточно знаний и навыков, а также уверенности, чтобы планировать, осуществлять и оценивать уход, отвечающий потребностям пациента. Медицинским сестрам, работающим в отделении интенсивной терапии необходимо постоянно развивать профессиональную наблюдательность, уметь быстро ориентироваться в обстановке.

Основными задачами ОРИТА является осуществление комплекса мероприятий по подготовке и проведению анестезии при операциях, диагностических и лечебных процедурах, а также мероприятий по реанимации и интенсивной терапии, наблюдению и уходу пациентов, поступающих после операций, оказание неотложной помощи при острых состояниях.

Реанимационные мероприятия состоят их двух частей: интенсивного наблюдения и собственно лечебных мероприятий. Методы интенсивного наблюдения дают возможность длительного непрерывного контроля за состоянием больного. В процессе интенсивного наблюдения за пациентами большое значение имеют инструментальные и лабораторные методы неотложной диагностики. С целью непрерывного наблюдения используются мониторы, регистрирующие показатели функций жизненно важных органов.

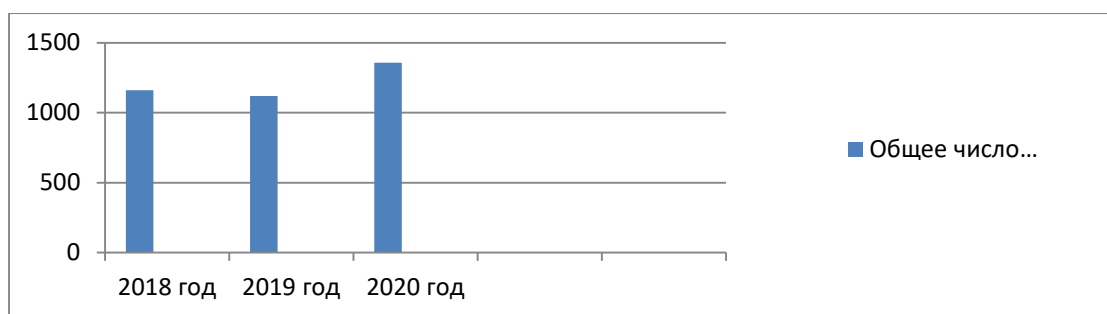
Несмотря на автоматизацию интенсивного наблюдения, и сейчас полностью сохраняется значение обычных, визуальных способов контроля.

Медицинским сестрам в проведении интенсивного наблюдения принадлежит особая роль, так как по роду своей деятельности они проводят больше времени в общении с пациентами, чем врачи. Выполняя врачебные назначения, непрерывно наблюдая за пациентами, медицинская сестра получает важные сведения на основании оценки жалоб пациента, его внешнего вида, положения в постели, осуществляет постоянный контроль за состоянием функций органов и систем, что позволяет своевременно выявить опасные симптомы заболевания.

Таким образом, интенсивное наблюдение обеспечивает своевременность проведения соответствующих профилактических и лечебных мероприятий, необходимых для поддержания жизненно важных функций пациента.

В данной статье содержится анализ основных показателей деятельности за последние 3 года работы ОРИТА Научного центра педиатрии и детской хирургии. В отделении проводятся анестезиологические пособия при операциях на кишечнике, легких, печени, селезенке, органах мочевыделительной системы, которые, как правило, сопровождаются высоким анестезиологическим риском и тяжелыми послеоперационными последствиями.

За 2020 год в ОРИТА поступили 1358 пациентов, проведено анестезиологических пособий 967. В связи с эпидемиологической ситуацией плановая госпитализация была приостановлена с мая по август 2020 года.



Одним из наиболее важных аспектов сестринской деятельности является сестринская помощь при подготовке и проведении наркоза и в постнаркозном периоде у больных.

В отделении проводятся несколько видов наркоза, что отражено в следующей таблице:

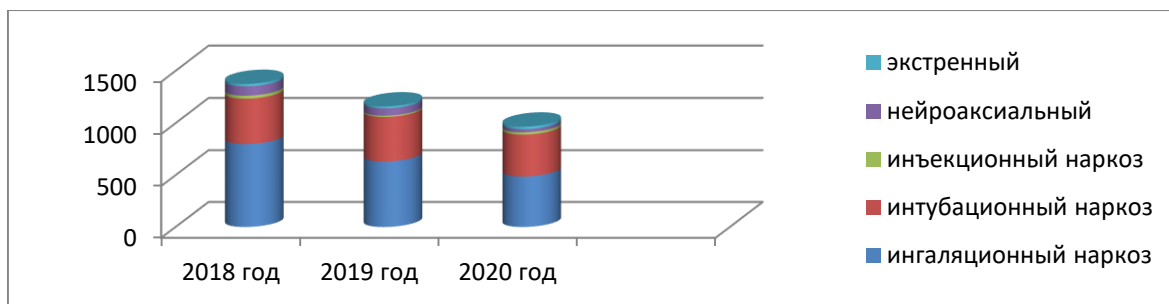
	2018 год	2019 год	2020 год
Ингаляционные	800	632	487
Интубационные	435	428	404
Инъекционные	28	12	22
Всего:	1263	1072	913
Нейроаксиальные	89	70	30
Экстренные	23	18	24

Продолжается оптимизация анестезиологических пособий, путем введения различных методов нейроаксиальных блокад. К нейроаксиальным блокадам относятся методы анестезии, воздействующие непосредственно на спинной мозг и его корешки: спинальная, эпидуральная и комбинированная спинально-эпидуральная анестезия.

Впервые 20 августа 1898 г. А. Вьер выполнил спинальную анестезию у 14-летнего ребёнка при операции по поводу резекции коленного сустава. Данной операции предшествовала работа немецкого невролога Heinrich Quincke, в которой он подробно описал люмбальную пункцию как метод лечения гидроцефалии у детей. За короткий период были изучены основные возрастные анатомо-физиологические особенности нейроаксиальных структур, и спинальная анестезия в педиатрии получила широкое признание в педиатрической практике.

На сегодняшний день в педиатрической практике нейроаксиальная блокада применяется в 20% от общего числа анестезий, а частота использования их составляет около 35% от всех видов регионарной анестезии, при этом в возрастной группе до 3-х лет процент использования нейроаксиальных блокад выше (до 45%).

В связи с проведением нейроаксиальных блокад сократились средняя продолжительность пребывания детей в отделении и число внутривенных анестезий в 2 раза. Использование методик нейроаксиального обезболивания в послеоперационном периоде улучшило психоэмоциональное состояние детей. В большинстве случаев дети не нуждаются в дополнительной седации.



С момента поступления больного из операционной в палату до выписки из больницы начинается послеоперационный. В послеоперационный период все должно быть направлено на восстановление физиологических функций пациента, на нормальное заживление операционной раны и предупреждение возможных осложнений, которые могут быть предупреждены правильным уходом за больным и педантичным выполнением назначений врача.

Основной задачей в лечении послеоперационных пациентов является ведение раннего послеоперационного периода, а также профилактика и лечение осложнений, которые могут развиваться у пациентов в связи с анестезией и оперативным вмешательством. Интенсивное наблюдение в послеоперационном периоде обеспечивает своевременность проведения соответствующих профилактических и лечебных мероприятий, необходимых для поддержания функции органов и систем пациента.

В связи с этим трудно переоценить роль медицинской сестры отделения реанимации и интенсивной терапии, которая постоянно находится рядом с тяжелыми больными, поддерживает их психологически, укрепляет веру в свои силы и придает надежду на скорейшее выздоровление.

Литература:

1. Э.В. Смолева «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи» Ростов на Дону «Феникс» 2012 г.
2. Заболотский Д.В., Корячкин В.А.3, Ульрих Г.Э., Иванов М.Д., Степаненко С.М., Погорельчук В.В. «Проект клинических рекомендаций по применению нейроаксиальной анестезии у детей для периоперационной аналгезии»
3. Е.С. Лаптева, О.Ю. Пяхкель «Наркоз и уход за пациентом после наркоза» Издательство СЗГМУ ис.И.И. Мечникова 2013 г.
4. А.И. Левшанков, А.Г. Климов «Сестринское дело в анестезиологии и реаниматологии» Санкт Петербург 2010 г.

МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ САПАСЫ МЕН ҚАУІПСІЗДІГІН ҚАМАТАМАСЫЗ ЕТУДЕГІ МЕЙІРГЕРДІҢ РӨЛІ. ПАТРОНАЖДЫҚ ҚЫЗМЕТТІ ДАМУ

Тұрсын Ақжанат,
«Мейіргер ісі» мамандығының 3 курс, 131 топ студенті

Ғылыми жетекшілері:
Тукибаева Мадина Сериковна
Аренова Манаргүл Бейсенбаевна
Нұр-Сұлтан Қаласы Әкімдігінің
«Жоғары медициналық колледж» ШЖҚ МКК
Нұр-Сұлтан қаласы, Қазақстан Республикасы

Аннотация. *Понятие «качество обслуживания» формируется эффективностью медицинских услуг. Например, важно, насколько оправдываются ожидания пациента от лечения. Очевидно, что пациента беспокоит скорость оказания медицинской помощи, насколько врач заинтересован, как лечение влияет на качество жизни. Поэтому важна информация о качестве лечения, оказываемого пациенту. Качество медицинской помощи - одна из самых актуальных проблем во многих странах, в том числе и в развитых. Этому вопросу посвящено множество исследований. Управление качеством в здравоохранении в Казахстане находится в центре внимания Президента.*

Annotation. *The concept of "quality of service" is formed by the efficiency of medical services. For example, it is important to what extent the patient's expectations from the treatment are met. Obviously, the patient is concerned about the speed of medical care, how interested the doctor is, how the treatment affects the quality of life. Therefore, information about the quality of the treatment provided to the patient is important. The quality of medical care is one of the most pressing problems in many countries, including developed ones. A lot of studies have been devoted to this issue. Quality management in healthcare in Kazakhstan is in the focus of the President.*

Кілт сөздер: медицина, пациент, мейіргер, медициналық көмек, денсаулық, күтім.

Тақырыптың өзектілігі.

Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» №193-IV Кодексында: «Медициналық көмектің сапасы – көрсетілген көмектің уәкілетті орган бекіткен және медициналық ғылым мен технологияның қазіргі заманғы даму деңгейі негізінде белгіленген стандарттарға сәйкестік деңгейі»- деген анықтама берілген.

Жыл сайын Қазақстан Республикасында халықтың денсаулығын сақтау үшін денсаулық сақтау саласының қажеттілігіне жұмсалатын мемлекет шығыны артып келеді. Бірақ, бұл шығындарды дамыған мемлекеттердегі шығын мөлшерімен салыстыруға келмейді. Мәселен, Еуроодақ елдерінде қоғамға ашық түрде сапалы медициналық көмекке баға беру жүйесі жолға қойылған. Жыл сайын медициналық мекемелердің ұпай бойынша рейтингі құрылады және ол қызметін тұтынатындар үшін денсаулық сақтаудың ұлттық жүйесінің ашықтық дәрежесі туралы баға беруге мүмкіндік береді. Мұнымен бірге, емдеу сапасы емделушінің мүддесіне – ауыр сырқаттан кейінгі сауығуына

сәйкесбағаланады. Сонымен қатар, сапа белгісіне нәрсесте өлімі, ана өлімі, аурухана ішіндегі жұқпалы індеттер саныт.б.жатады.

Медициналық қызметкерлерді жоғарғы нәтижеге қол жеткізуге ынталандыру сапа менеджментінің құрамдас бөлігін құрайды. Мейірбикелік көмек сапасы денсаулық сақтау жүйесінің кешенді параметрлерінің талдау нәтижелерін сипаттайтын, ұйымның ресурстық мүмкіндіктерін анықтайтын, басқару тиімділігін, функционалды қасиеттерін, жұмысының нәтижелерін бағалайтын халыққа көрсетілетін медициналық көмек сапасының маңызды аспектісі.

«Медициналық көмектің сапасы» атты түсінік адамдардың медициналық қызметтің нәтижелілігінен қалыптасады. Мысалы, пациентке емдеуден күтілген нәтижелердің үмітін қаншалықты ақтағаны маңызды. Өйткені пациентті медициналық көмектің жылдамдығы, дәрігердің қаншалықты ықылас танытқандығы, ем-шаралар өмірінің сапасына қандай әсер еткендігі туралы сұрақтар толғандыратыны анық. Сондықтан пациентке медициналық көмек сапасы деңгейін анықтауда қызмет көрсету туралы ақпарат маңызды.

Мемлекет басшысы Н.Ә. Назарбаев 2012 жылғы қаңтардағы «Әлеуметтік-экономикалық жаңғырту – Қазақстан дамуының басты бағыты» атты Қазақстан халқына Жолдауында адами әлеуеттің деңгейін көтерудегі маңызды бағыттардың бірі ретінде медициналық қызметтің сапасы мен оның қолжетімділігін арттыру, саламатты өмір салтын насихаттау екендігін нақтылап көрсетті.

Медициналық қызмет көрсету сапасының Президенттің жіті назарында отырғандығы «Қазақстан – 2050» Стратегиясы қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты » атты Жолдауында көрініс тауып отыр. Ұлт көшбасшысы еліміздің барлық аймақтарында сапалы медициналық қызмет алу үшін қажетті жағдайлар жасалып жатқандығын атап өтті.

Мейірбикелік іс – үлкен көлемді кадрлық ресурстары бар денсаулық сақтау саласының құрамды бөлігі. Мейірбикелік көмек денсаулық сақтау саласындағы көмектің экономикалық тәсілдерінің бірі ретінде қарастырылады. Мейірбикелік көмек жүйесінің дамуы — денсаулық сақтау саласының экономикалық тиімділігін келешекте арттырудың жалпы тенденциясы болып табылады.

Мейірбикелік көмек сапасын бақылау процедурасы — мейірбикелік қызметтің дамуындағы жаңа бағыт болып отыр. Оны бақылау міндеті бас мейірбикеге жүктелген. Бұл іс-әрекетті мейірбикелік қызметтің басшылары түрлі мейірбикелік мамандықтар бойынша мейірбикелік көмектің сапасын сипаттайтын көрсеткіштер жүйесі, бақылау және бағалау әдістері, эксперттік шешімдер болғанда ғана тиімді іске асыра алады.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы қолжетімді, сапалы, әлеуметтік-бағдарлы және экономикалық жүйесінің дамуына қажетті шаралар қосындысын нақтылады.

Сондықтан ғылыми зерттеу жұмысын жүргізуде мына мақсатты негізге алуды жоспарладық: мейірбикелердің қызмет сапасын бағалау жүйесін зерттеу және оны жетілдіру бойынша кеңестер дайындау. Жоспарланған мақсатқа қол жеткізуде келесі тапсырмалар қойылды:

1. Медициналық көмек сапасын бағалаудың жалпы жүйесінде мейірбикелер қызметінің сапасын бағалаудың алатын орнын анықтау.
2. Ресми статистикалық есеп беру үлгісіне сәйкес мейірбикелердің еңбек сапасын бағалау жүйесіне талдау жүргізу.
3. Мейірбикелердің еңбек сапасына социологиялық бағалау жүргізу.
4. Мейірбикелердің еңбек сапасын бағалау жүйесін жетілдіру бойынша ғылыми-негізделген кеңестер дайындау.

Қойылған мақсат пен тапсырмаларды шешу үшін келесі әдістерді қолдануды негізге алдық: эксперттік бағалау, анкета жүргізу, медициналық статистикалық мәліметтердің анализі, математикалық және статистикалық анализі.

Мейірбикелік процесс 5 кезеңге бөлінеді:

- Емделушінің денсаулығы жайлы ақпарат жинау;
- Мейірбикелік диагностика;
- Күтімді жоспарлау;
- Жоспарлауды жүзеге асыру;
- Көрсетілген күтімнің нәтижесін бағалау;

Мағлұмат жинау: Емделушіге жеке, мұқият ойластырылған, ғылымға сүйенген күтім ұйымдастыру үшін мейірбике өзінің емделушісінің кім екенін анық білу қажет; Мейірбикелік қараудың негізінде американдық психолог А. Маслоудың адамның 14 негізгі қажеттілігі туралы оқу жатыр;

Мейірбикелік диагноз қою: Мейірбикелік диагноз немесе мейірбикелік проблема түсінігі алғаш рет XX ғасырдың 50-ші жылдары Америкада пайда болып, 1973 жылы ресми және заңды тұрғыда бекітілді. Қазіргі таңда америкалық мейірбикелер Ассоциациясы бекіткен фин проблемалары тізімі - 114 бірлік.

Мейірбикелік диагноз дегеніміз - емделушінің бойында бар немесе потенциалды ауруға және кәңіл-күйіне деген жауабын, сол жауаптың себебін суреттейтін мейірбикенің клиникалық пікірі.

Жоспарлау: Мақсатты белгіленгеннен кейін мейірбике емделушінің күту жоспарын құрды, яғни күтімнің мақсатына жетуге қажетті мейірбикенің арнайы іс-әрекетінің толық тізімінен тұратын жазбаша нұсқаудың жасалуы. Мейірбике ақ қағазды қолдана отырып, жағдайды тиянақты, қойылған проблема бойынша емделушіге не істей аламын, оған қандай көмек көрсете аламын деген сұрақтарға жауап беруге тырысады.

Күтімнің жоспарын жүзеге асыру: Мейірбике қағазға жазғанын өзі немесе техникалық мейірбикенің көмегімен жүзеге асырады. Мейірбикелік іс-әрекет 3 түрлі мейірбикелік қатысуды жобалайды.

Патранаж - бұл медициналық көмектің бір түрі, дәлірек айтсақ, медицина қызметкерлерінің үйде профилактикалық және ақпараттық іс-шаралар жүргізуі

(жаңа туған нәрестеге патронаж, жүкті әйелге, босанғаннан кейінгі әйелге, диспансерге патронаж).

Патронаждық қызмет дегеніміз - қарттарға, науқастарға немесе әлсіз адамдарға күтім жасау қызметін көрсететін ұйым.

Патронаж түрлері бойынша бөлінеді:

- пренатальды күтім;
- жүкті әйелді патронаждау;
- әйелдер мен балалардың денсаулығының жай-күйін бақылау қамтамасыз етілген. Функцияны жүктілікке дейінгі клиникалар жүзеге асырады.
- жаңа туған нәрестені патронаждау.

Туылған отбасыға баруды алдымен амбулаториялық педиатр жүргізеді, содан кейін оларға мейірбике тағайындалады. Олардың міндеті нәрестенің жағдайын, отбасының тұрмыстық жағдайын, ата-ананың баланы асырау және күту қабілетін бақылауға дейін азаяды. Сондай-ақ, бұл мамандар тамақтану ережелері мен гигиеналық процедураларды түсіндіреді:

- балаларды патронаждау
- қарттарды патронаждау. Ол күнделікті өмірде көмек жетіспейтін жағдайда жүзеге асырылады.
- психикалық науқастарды патронаждау
- отбасылардың әлеуметтік патронаждық қызметі.

Медбикенің міндеттері келесідей:

1. науқастың азаптарын жеңілдету және оны ұстау үшін қолайлы жағдайлар жасау;
2. қолайлы диета құру;
3. гигиеналық және медициналық процедураларды орындау;
4. науқастың психологиялық жағдайын бақылау.

Тегін патронаж қызметі келесі санаттағы азаматтарға ұсынылады:

- Кәмелетке толмаған балалар;
- ҰОС ардагерлері;
- жан басына шаққандағы орташа табысы күнкөріс деңгейінен 1,5 есе төмен мүгедектер мен қарт адамдар;-туыстары жоқ өзін өзі күте алмайтын қарт кісілерге;
- қатерлі іскпен ауыртын адамдарға;-қазіргі таңдағы тегін патронаждық көмекті арттыру.

Патронаждық жеке орталықтар мемлекеттік ашу. Патронаждық қызметкерледің айлық арттыру, орта жас буын арасында топтар құрып патронаждық көмекті арттыру.

Қорытынды. Қазақстандағы бүгінгі күнгі медициналық қызмет көрсетудегі сапаны басқарудың үлгісі сыртқы (мемлекеттік), ішкі (ауруханашілік), тәуелсіз бақылау (сараптама) болып бөлінеді. Осы бағдарлама аясында денсаулық сақтау саласында ұлттық стандарттардың бірінғай жіктемесі және мәліметтер базасы; медициналық технологияларды бағалау жүйесі дайындалып, енгізілді; диагностикалау, емдеу және клиникалық нұсқаулар стандарттары дайындалып, іс жүзіне енгізілді және оның

тиімділігінің мониторинг жүйесі құрылды. Дүние жүзіндегі көптеген елдерде медициналық көмек сапасын жақсарту мақсатында, денсаулық сақтау саласының түрлі үлгілерінде және түрлі қаржыландыру көздерімен қамтамасыз етілетін медициналық ұйымдарды аккредитациялау жүйесі енгізілген.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ұйымдарында медициналық көмек сапасын қамтамасыз ету жүйесінде денсаулық сақтаудағы мемлекеттік бақылауды жетілдірумен қатар, медициналық ұйым деңгейінде медициналық көмек сапасын басқару мен тәуелсіз сараптама біртіндеп дамып келеді. Медициналық көмек сапасын арттыру мәселесі тек біздің елде ғана емес, сондай-ақ бүкіл дүние жүзінде артып отыр. Медициналық көмек сапасының төмендігі, пациенттерді емдеуге жұмсауға болатын қажетті ресурстардың шығындалуына алып келеді, ал тұрғындар болса медициналық көмек сапасына күн өткен сайын сынмен қарауда.

Әдебиеттер тізімі

1. Вялков А.И. Управление качеством в здравоохранении//Проблемы стандарт, в здравоохран.- 2003.- № 3.- С. 3-11.
2. Жихарева Н.А. Изменение функциональных обязанностей врача и медицинской сестры как инструмент повышения качества медицинской помощи / Н.А. Жихарева // Молодые ученые – здравоохранению региона: Материалы 66-й научно-практической конференции студентов и молодых специалистов СГМУ. — Саратов: Издательство СГМУ, 2005. — С. 198-199.
3. Государственная программа развития здравоохранения РК на 2011-2015 гг. «Саламатты Қазақстан». – Астана: 2010 г.
4. <https://lezhachi-bolnoi.ru/organizatsii/patronazhnaya-sluzhba/#i-7>
<https://lezhachi-bolnoi.ru/organizatsii/patronazhnaya-sluzhba/>
<https://meduniver.com/Medical/profilaktika/patronag.htm>

ЕМХАНАДАҒЫ ПАТРОНАЖДЫҚ ҚЫЗМЕТТІ ДАМУДАҒЫ МЕЙІРГЕРДІҢ РӨЛІ

Савдашева Айда Ерланқызы,
клиникаға дейінгі пәндер оқытушысы
Тубагабилова Акбибе Мурзахметовна,
«Сұңқар» ФК жетекшісі

Аннотация. *Роль медицинской сестры в развитии патронажной службы в поликлинике. Актуальность данной исследовательской работы заключается в развитии и поддержке дородового и постнатального патронажа.*

Annotation. *The role of the nurse in the development of the patronage service in the polyclinic. The relevance of this research work lies in the development and support of prenatal and postnatal patronage.*

Кілтсөздер: патронаж, мастит, қызамық, қынап, препарат, экстрогенитал.

Мақсаты. Медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз етудегі мейіргердің патронаждық қызметін дамыту.

Босануға дейінгі патронаж және бір жасқа дейінгі дені сау балалардың патронажы.

Босануға дейінгі патронажды жасау,оның тәртібін,уақытын және міндеттері Денсаулық министрлігінің 31 наурыз 2011 ж №164 бұйрығымен жүргізіледі.

Босанғанға дейінгі патронаждың мақсаты:

- Болашақ ананың өмірлік шарттары;
- Жанұяның әлеуметтік жағдайын бағалау;
- Анасының денсаулық жағдайын анықтау;
- Ананың еңбек,демалыс,тамақтану режимін бағалау;
- Жаңа туылған нәрестенің бөлмесін,дұрыс тамақтандыру және күтімін үйрету;

Бастапқы медициналық-санитарлық көмек қызметінің педиатрия бөлімінің орта медициналық білімді қызметкерлері жүкті әйелді босанғанға дейінгі патронажды үйінде екі рет өткізеді:

1. Жүкті әйелді есепке қою туралы ақпаратты алған кезде;

2. Жүктіліктің 31-32-аптасында

3. Жүкті әйелдің үйіне алғашқы келген кезде медицина қызметкері болашақ сәбидің отбасымен танысып, жүкті әйелдің жалпы жай-күйін, еңбек және тұрмыс жағдайын, санитарлық мәдениет деңгейін, кәсібінің зиянды жақтарын, анада ауруларының болуын (АИТВ, жыныстық жолмен берілетін жұқпа аурулары, туберкулез, қызамық және басқа) бағалайды және жүктіліктің өтуіне, болашақ баланың күтімінің сапасына әсер ететін қауіп-қатерді анықтайды, сонымен қатар тұрмыста зорлық-зомбылық көрсетудің алдын-алу мен құқықтық, әлеуметтік-құқықтық мәселелері жөнінде консультация жүргізіледі.

Босанғанға дейінгі екінші патронаж кезінде медицина қызметкері жүкті әйел мен оның сүт бездерінің жағдайын бағалап,сәбиді емізуге дайындық бойынша ұсынымдар мен нәрестені емізу,оны күтіп –бағу дағдыларына үйрету мақсатында БСБК-не қабылдауға шақырады.Сонымен қатар,нәрестеге арналған бұрышты(орын,кереует,киімдер,басқа да күтім жасауға арналған бұйымдар) дайындау жөнінде ұсынымдар береді.

Медицина қызметкері жүктілік пен босану қалыпты өтіп жатқан кезде де,сондай-ақ акушер қауырт араласатын жағдай туындаған немесе толғақ қысқан кезде ана мен баланың денсаулығы мен амандығын қамтамасыз ету мақсатында отбасы мүшелерін үйретеді.

Медицина қызметкері 18-ге толмаған немесе төртеуден артық босанған 35 жастан асқан аналар (әсіресе босану аралығы жиі болған жағдайда)экстрагениталдық ауруларымен ауыртпалық түсіретін акушерлік анамнезі бар жүкті әйелдерге айрықша көңіл бөлуі тиіс.

Медицина қызметкері бала туылғанға дейінгі патронаждар кезінде,жүкті әйелге мынадай ұсынымдар жөнінде кеңес береді:

1. Қалыпты күн режимін, демалыс және ұйқы, белсенді қимыл-қозғалу режимін сақтауды.
2. Құнарлы тамақтану.
3. Препараттарды (құрамында йод бар, құрамында темір-фоли қышқылы бар) аурудың алдын алу мақсатында қабылдау.
4. Жыныс жолымен берілетін жұқпалардың, оның ішінде АИТВ инфекциясын алдын алу.
5. Аналар мен жеке гигиена және тұрғылықты орнын дұрыс жабдықтау.
6. Темекі шегуді, ішімдік ішу мен есерткі пайдаланудың ұрықтың дамуына тигізетін әсері туралы мағұлмат береді.

Босанғанға дейінгі патронаждар кезінде медицина қызметкері мыналарға назар аударуы керек:

1. Жүкті әйелдің күн режимі, диета еңбек ету, демалу, сүт бездеріне күтім жасау, санитарлық-гигиеналық режим мен емдеу-сауықтыру іс-шараларына қатысты акушер-гинекологтың бұйрығымен орындау.
2. Шұғыл шаралар қабылдау мақсатында жүктіліктің өтуінің қауіпті белгілерін анықтау, сонымен қатар отбасы мүшелерін қатер төндіретін «қатерлі белгілерін» тануға үйретеді және мынадай жағдайлар бір рет болған кезде тез арада медициналық көмекке жүгінуін ұсынады:

1. қынаптан қан аралас бөлінулер
2. бұлшық еттің тартуы және аяқ-қолдың, беттің жансыздануы
3. бас қатты ауруы
4. іш ауыруы
5. құсу
6. ұрықтың сирек қимылдауы немесе қимылдамауы
7. дененің қызуы 37,5 жоғары
8. қағанақ суының кетуі
9. қол-аяқтың немесе дененің басқа мүшелерінің анық байқалатындай ісінуі

Негізгі міндеттері:

1. Нәресте денсаулығын және тума ақауларды үнемі бақылауда ұстау.
2. Жағдайына қауіп төнуден сақтану (сұйықтық іше алмау, омырау алмайды, әрбір сұйықтық ішкеннен немесе тамақтанғаннан кейін құсу, тырысу).
3. Ана денсаулығын бағалау (лактасаз, мастит, досанудан кейінгі депрессия).
4. Омырауға салуды үйрету.
5. Нәресте күтімін бағалау, нәресте жағдайын бағалау.

Босанғаннан кейінгі патронаж:

- Балалар патронажын учаскелік дәрігер-педиатр және учаскелік мейірбике немесе фельдшер жүргізеді.
- Ешқандай ауырқуы жоқ, жетіліп туылған нәрестеге бірінші патронажды 3тәулік ішінде жасайды. Ал егіз, шала туылған, көп балалы нәрестелерді шыққан күннің кешкі сағат 18.00-ге дейін патронаж жасалуы тиіс.
- Патронаж жасау: 3 күнде, күнде, 21 күнде.
- Ең алғаш дәрігер-педиатр немесе мейірбике баланы акушерлік стационардан шыққаннан кейінгі 2-3-ші күндері қадағалайды, сосын аптасына 1 рет барады.

Жаңа туылған балаға алғашқы патронаж жасау:

Патронаж-баланың үйіне шақырусыз барып, денсаулығын тексеру. Жаңа туылған балаға бірінші патронаж перзентханадан шыққан кейін 2 күннен кешікпей жасалуы керек. Патронажға барғанда мейірбике немесе фельдшер перзентханада берілген ауыстыру картасын талап етеді, 112/у формадағы іс қағазын – «Баланың даму тарихын» арнайды, паспорттық мәліметтерін жинайды.

Баланы тексеріп көріп, оның жалпы жағдайына, тері және шырышты қабаттарының тазалығына, тамақтану тәртібіне, үй-тұрмыстық жағдайларына көңіл аударып, балаға дұрыс күтім жасау және дұрыс тамақтану тақырыптары бойынша кеңестер береді.

Нәрестеге патронаж-бақылауды, өзінің учаскесінде алдымен мейірбике педиатрмен бірге жасалады. Мейірбике бірінші патронаждық бақылауда баланың жағдайымен танысады, анасының сүтінің мөлшерінің жетенін бақылайды, тұрған үйдің жағдайына пікір жазады, анаға нәрестенің күтімін жасауға кеңес береді. Баланың жалпы жағдайына баға бергенде: баланың дене салмағы мен бой ұзындығы, кеуде, бас шенберіне, жүйке-психикалық, физикалық дамуы, тістерінің шығуы, сүйек-бұлшық ет жүйесіне, БЦЖ вакцинасынан кейінгі жағдай, туа пайда болған аурулар мен даму ақаулықтарына ерекше мән беріледі.

Денсаулық сақтау Министрлігінің 31 наурызда 2011 жылы шыққан

«Аналар мен 5 жасқа дейінгі балаларға медициналық көмек көрсету жөніндегі нұсқаулықтар» деген № 164 бұйрығымен жұмыс жасалынады.

Балада медициналық құжаттар: Ф112/у-баланың даму тарихы, Ф 030/у-диспансерліа науқастарды бақылау картасы, Ф 063/у-профилактикалық егу картасы, Ф 026/у-баланың медициналық картасы, Ф 027/у баланың даму тарихының көшірмесі.

Дені сау балаларды патронаждық бақылаудың схемасы.

Келу уақыты	Басты қарайтын мәселелер	Тағайындаулар
Босану үйінен яғни, перзентханадан кейінгі алғашқы 3 күнде, дәрігер немесе мейірбикенің үй жағдайында қарауы.	<ol style="list-style-type: none">1. Жаңа туылған нәрестенің денсаулық жүрек ақауының дамуын анықтау.2. Қауіп-қатер белгілерінен сақтануды үйрену (емшекті еме алмауы, тамақтанудан кейінгі құсу, тырысудың басталуы).3. Анасының денсаулық жағдайын бағалау (лактостаз, мастит, босанғаннан кейінгі депрессия)4. Емшекпен тамақтану техникасын үйрету (сүтті емуі, тек емшек сүтін беру)5. Жаңа туылған нәрестеге	<ol style="list-style-type: none">1. Емшекпен емізудің тиімділігі және тәжірибе жүзінде білуі.2. Емшекпен емізуді қамтамасыз ету.3. Анасының дұрыс тамақтануы.4. Анасының жеке гигиенасы5. Қауіпсіз орта (киім және ойыншықтарын дұрыс таңдау)6. Нәрестеге дұрыс күтім жасау, таза ауаға қыдырту, гигиеналық ванна

	күтім жасау, нәрестеге үй жағдайында ыңғайлы етіп жағдай жасау (ойыншықтар, киімі).	7. Анасын дәрігер немесе мейірбикеге уақытылы баруын айту.
--	---	--

Жаңашылдығы:

1. Патронаждық қызметті дамытуда медбикелік рөлді арттыру және дамыту.
2. Босануға дейінгі патронаж және 1 жасқа дейінгі сау балалардың патронажын бақылауда ұстау.
3. Аудандарда, ауылдарда арнайы патронаждық бөлмелер ашу, патронаждық көлік бөлініп, көлік санын көбейту, медбикелер санын арттыру.

Қорытынды. Емханадағы патронаждық қызметті жоғарлату. ХХІ-ғасырдағы патронаждық қызметтің төмендеуіне байланысты, қайта жандандыруды қолға алу керек, себебі: медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігі патронаждық мейіргер қызметіне байланысты.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Уәсила Момбекова, Алматы, 2015 жыл, 169 бет;
2. Алмас Коптлеу, Астана, 2015 жыл 137-140 беттер.
3. Бабаханова Г.А, Түркістан, 2015 жыл

МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТИҢ САПАСЫ МЕН ҚАУІПСІЗДІГІН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДЕГІ МЕЙІРГЕРДІҢ РӨЛІ. ПАТРОНАЖДЫҚ ҚЫЗМЕТТІ ДАМЫТУ

Жарылқасын Нұрилла,

«Медбикелік іс» мамандығының 3 курс, 135 топ студенті

Ғылыми жетекшілері:

С.М. Абамусилимова, Г.А. Жарылқасынова

Арнайы пәндер оқытушылары

Нұр-Сұлтан қаласы әкімдігінің «Жоғары медициналық колледж» ШЖҚ МК

Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан Республикасы

Аннотация. *Защита матери и ребенка - важная задача государства, здоровье и правильное развитие ребенка во многом зависит от прохождения маточной стадии. Успех дородовой помощи новорожденному зависит от уровня подготовки лечебно-профилактических учреждений, входящих в состав акушерско-терапевтического-педиатрического объединения.*

Annotation. *Protection of mother and child is an important task of the state. The health and proper development of the child depends largely on the passage of the uterine stage. The success of antenatal care of the newborn depends on the level of*

training of medical and preventive institutions, which are part of the obstetric-therapeutic-pediatric association.

Кілт сөздер: емхана, емдік профилактика, медицина, акушерлік-терапевтік-педиатрлық бірлестік

Тақырыптың өзектілігі. Ана мен баланы қорғау – маңызды мемлекет міндеті. Баланың денсулығы мен дұрыс дамуы көбіне оның жатырдағы кезеңінің өтуіне байланысты. Сондықтан іштегі және жаңа туған нәрестені антенатальды қорғау әйелдер кеңес орны мен балалар және ересектер емхана жұмысында арнайы алдын алу бөліміне бөлінген. Жаңа туған нәрестені антенатальды қорғаудың табысты болуы акушерлік-терапевтік-педиатрлық бірлестік құрамына кіретін емдік алдын алу мекемелері жұмысының қаншалықты жаттыққандығына байланысты.

Мақсаты.

Болашақ әріптестеріме амбулаторлы жағдайда жаңа туылған нәрестелерге емдік-профилактикалық шараларды ұйымдастыру және жаңа туылған нәрестелердің денсаулық және қауіп топтарын анықтау, учаскеде жаңа туған балаларды патронаждауды ұйымдастыру, Бұйрық № 164 “Ана мен бала қорғанысындағы медициналық көмекті жақсарту туралы” мәліметтермен таныстыру, түсінік қалыптастыру.

Міндеті.

Мақсатқа сай жұмыс істей отырып тақырыптың мазмұнын ашу.

- Балаларға амбулаториялық-емханалық көмек ауруханаға жатқызуды қажет етпейтін балаларды алдын алуға, аурушандықтың, балалар мүгедектігінің, нәрестелік және балалар өлімінің деңгейін төмендетуге бағытталған қолжетімді және сапалы бастапқы медициналық-санитарлық, білікті және мамандандырылған көмекпен қамтамасыз ету мақсатында ұйымдастырылады.

Үйге барып қарау

- Патронажқызметі – өзіндік ерекшеліктерге ие. Аталмыш қызмет әйел жүктілігі кезінде және бала туылғаннан кейінгі кезеңде отбасылар және жекелеген адамдар айналасында шоғырланады.

- Патронаж қызметі көрінбейтінді көрінетін етеді. Патронаж қызметі үйге барып қарау арқылы жүзеге асырылатындықтан, жағдайды терең түсінуге мүмкіндік туады, ал бұл төменде көрсетілгендер үшін жақсы негіз құрады:

1. Шындыққа негізделген бағалау.
2. Мықты тұстарды немесе активтерді анықтау.
3. Жекелеген адамдармен жұмыс жасау.
4. Әдеттегі қиындықтарды еңсеру үшін шаралар қолдану.
5. Ата-аналардың қызметтерге тиімді атсалысу.

Дені сау бала бөлмесі туралы ережелер

1. Дені сау бала кабинеті (бұдан әрі - ДБК) медициналық-санитариялық алғашқы көмек (бұдан әрі - МСАК) көрсететін медициналық ұйымдардың құрылымдық бөлімшелері ретінде ұйымдастырылады.

2. ДБК ерте жастағы балалардың денсаулығын сақтау жөніндегі алдын алу іс-шараларын өткізу мәселелері бойынша медицина қызметкерлерінің арасында білімдері мен дағдыларын үздіксіз жаңарту арқылы консультациялық және білім беру жұмысын жүргізу, сондай-ақ ата-аналарды немесе ерте жастағы балаларға отбасында күтім жасайтын адамдарды оқыту мәселелеріне арналған ұйымдастыру-әдістемелік және үйлестіру орталығы қызметінің ролін атқарады.

3. ДБК штаты қордың шегінде медициналық ұйымның жалақысын және штат кестесін бекітеді. ДБК-інің негізгі штат бірлігі арнайы даярланған медициналық қызметкер (дәрігер немесе орта медицина қызметкерлері) - 10 000 балаға шаққанда 1 лауазым.

4. Балалардың саны кемінде 10 000 болған жағдайда, ДБК-ны балалар арасында алдын алу жұмысын жүргізу жөніндегі қызметі орта медицина қызметкерлерінің кабинеттеріне жүктеледі.

5. ДБК-ге аумақтық салауатты өмір салтын қалыптастыру қызметі ақпараттық-әдістемелік көмек көрсетеді.

Дені сау бала бөлмесінің негізгі міндеттері:

1) медицина қызметкерлерінің ерте жастағы балалар арасында алдын алу шараларын жүргізуге арналған білімдері мен дағдыларын үзбей жаңарту;

2) дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (бұдан әрі - ДДҰ) ұсынымдарына сәйкес дені сау және ауру баланы күту, тамақтандыру, физикалық және әлеуметтік даму мәселелері жөнінде тақырыптық сабақтарды тұрақты түрде жүргізу;

3) медицина қызметкерлерін жүкті әйелдердің, емізетін аналардың және ерте жастағы балалардың оңтайлы тамақтандыру ережелеріне оқыту (емізу, қосымша тамақтандыру, «белсенді және жауапты тамақтандыру»);

4) медицина қызметкерлерін микронутриенттік жетіспеушілік және мешел ауруларының алдын алу мәселелері бойынша оқыту;

5) медицина қызметкерлерін ауру баланы күту мәселелері, қауіпті белгілер айқындалған жағдайда ата-аналардың іс-әрекеттері ережелеріне, бала ауырған жағдайда тамақтандыру және сусынданыру тәртібі бойынша оқыту;

6) медицина қызметкерлерін ерте жастағы балалардың психоәлеуметтік дамуын бағалау және кеңес беру мәселелері бойынша оқыту;

7) медицина қызметкерлерін жүкті әйелдерді босанғанға дейінгі патронаж әдістемелеріне оқыту;

8) медицина қызметкерлерін ерте жастағы балаларды патронаж әдістемелеріне оқыту;

9) медицина қызметкерлерін ерте жастағы балаларға массаж және гимнастика жүргізу әдістеріне оқыту;

10) медицина қызметкерлерін балаларды мектепке дейінгі мекемелер ұжымдарына қосылуына дайындау мәселелері бойынша оқыту;

11) медицина қызметкерлерін АИТВ позитивті балалар мен туберкулезбен ауратын аналарды бақылау мәселелері бойынша оқыту;

ДБК өз жұмысын дербес және ұжымдық сұхбаттар, сондай-ақ практикалық сабақтар мен тренинг өткізу арқылы ұйымдастырады.

ДБК балалардың дамуы мен тәрбиелеу бойынша қажетті жұмыс медициналық құжаттамасын жүргізіп, нұсқаулық-әдістемелік материалдарды тіркеп отырады.

Дені сау бала бөлмесіндегі құжаттар және оларды толтыру ережелері:

Қосымша бет ,112\у есеп формасы

Сау бала бөлмесінің журналы

№39 есеп формасы: бөлмеде үйретуден өткен жүкті әйелдер саны, қабылданған сәбилер саны; сылау және гимнастика сеанстары; педагог кеңесі қабылдаулары; ата-аналармен өткізілген әңгіме;

Дені сау бала бөлмесінде болатын жабдықтар:

- ✓ Жасына сай режим кестесі
- ✓ 1 жасқа дейінгі балаларды табиғи және жасанды тамақтандыру жөніндегі кесте
- ✓ Ерте жастағы балалардың дене және жүйке-психика дамуы көрсеткіштері жайлы кесте
- ✓ Балаларды шынықтыру схемасы
- ✓ Балаларды балалар мекемесіне баруға дайындау
- ✓ Жаялыққа арналған үстел
- ✓ Медициналық таразы , бой өлшегіш
- ✓ Емшек күтіміне арналған заттары бар тумбочка
- ✓ Сылау жасайтын үстел
- ✓ Сәби мен ана емшегінің күтім заттары бар аптечка
- ✓ Гигиеналық ванна стенді: жаңа туған нәресте киімі мен қуыршақ
- ✓ Алғашқы 3 айлығында сәбидің ұйқысы және ояу уақытын ұйымдастыру жөніндегі стенд
- ✓ 3 жасқа дейінгі балалар күн тәртібі жөнінде стенд
- ✓ 1 жасқа дейінгі балалар тағамы және тамақтандыру жөнінде шкаф
- ✓ 2-3 жастағы балаларды тамақтандыру жөнінде стенд
- ✓ Сылау және гимнастикадан стенд
- ✓ 1-3 жасар балалар киіміне көрме стенд және 2-3 жастағы сәбилердің жүйке-психика дамуы көрсеткіштерімен стенд
- ✓ 1,2,3 жасар балалардың ойыншықтары бар шкаф көрме
- ✓ 3 жасқа дейінгі балалардың жүйке психикасы дамуына диагностика қою үшін ойыншықтар және құралдар жиынтығы.

Дені сау бала бөлмесінде болатын жабдықтар:

1. Ерте жастағы балаға патронаждық алдын-алу бақылауын медициналық-санитариялық алғашқы көмек (бұдан әрі - МСАК) қызметінің медицина қызметкері (орта медицина қызметкері) жүргізеді және ол баланың денсаулығын сақтау мен нығайтуға, отбасында тиісті күтім жасауды қамтамасыз ету арқылы интеллектуалды әлеуеті толық іске асыра отырып, оның одан әрі дамуына бағытталған.

2. Отбасында күтім жасау дұрыс тамақтандыруды, баланың қалыпты дамуына мүмкіндік беретін ортаны қалыптастыруды және жұқпалы аурулардың алдын алу жөніндегі шараларды, бала сыртқаттанған кезде ата-аналарының өздерін ұстауы мен біліктілігін қалыптастыруды қамтиды.

3. Ерте жастағы баланы патронаждық қадағалауды 1-кестеде көрсетілген жиілікке сәйкес медицина қызметкерлері жүргізуі тиіс.

4. Жас балаларды патронаждық бақылау толыққанды өсуін, дамуын және уақтылы аурудың алдын алуды қамтамасыз ету үшін тамақтану мен күтім жасау мәселелері бойынша балаға күтім жасайтын ананы немесе тұлғаны үйрету, ақыл-кеңес беру және қолдау көрсету мақсатында жүргізіледі.

Жасы	Келу күндерінің саны	
	дәрігер/фельдшер	Мейірбике
2 айлығында	1 рет қабылдау	1 рет үйде тексеру
3 айлығында	1 рет қабылдау	1 рет үйде тексеру
4 айлығында	1 рет қабылдау	1 рет үйде тексеру
5 айлығында	1 рет қабылдау	1 рет үйде тексеру
6 айлығында	1 рет қабылдау	1 рет үйде тексеру
Барлық тексерулер саны	5	5
	10	

Жас баланы патронаждық бақылаудың негізгі міндеттері:

- 1) ананың денсаулығы жағдайын (лактостаз, маститтер, босанғаннан кейінгі депрессия және т.б.) бағалау;
- 2) лактация жайын тексеру және емшекпен қоректендіру тәсіліне (дұрыс жатқызып, омырауға салу), емшекпен қоректендірудің артықшылықтарына үйрету;
- 3) 2006 жылғы 25 қыркүйекте Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі бекіткен «Жас баланы тамақтандыру» туралы әдістемелік ұсынымға сәйкес қосымша тамақтандыруды енгізу;
- 4) нәрестенің денсаулығы жағдайын бағалау, байқалған даму кемшіліктерін ертерек анықтау;
- 5) нәрестенің күтімін бағалау, нәресте мүйсінің жағдайы (кереуеті, ойыншықтары, күтім жасайтын заттары, киімдері);
- 6) психомоторлық және әлеуметтік дамуын бағалау (ойын және араласу арқылы балаға көңіл бөлу);
- 7) микронутриенттік жетіспеушіліктің алдын-алу (темір, А витамині, мырыш);
- 8) мешелдің алдыналу: тәнемес (серуендеу кезіндегі жеткілікті инсоляция) және тән болған жағдайда айғақтары бойынша Д витаминін беру
- 9) баланы қоршаған ортаның санитариялық жай-күйімен қауіпсіздігін бағалау: тұрғын үй гигиенасы (кереуеті, төсек-орны, ойнайтынжері), киімі, ойыншығы, ыдысы мен күтімжасайтын заттары;
- 10) жаңа туған күнінен бастап балаға күтім жасау негіздеріне үйрету;
- 11) ұлттық егулер күнтізбесіне сәйкес балаға дер кезінде вакцинация жасауды бағалау;
- 12) бала ауырған кезде ата-аналарды өзін ұстай білуге үйрету (қауіпті белгілер байқалғанда, тамақтану және ішу режимі бұзылғанда);

- 13) баланы жаратқаттаудың, жәбірлеу және менсінбейтін қарым-қатынастың алдын алу орташа және аса қауіпті дәрежедегі отбасын анықтау;
- 14) жас баламен айналысу үшін ұсынылған кешенді гимнастикамен жалпы массажа сауға үйрету;
- 15) балаға күтім жасауға отбасының барлық мүшелерін үйрету және тарту және баланың денсаулығына отбасының жауапкершілігін қалыптастыру;
- 16) ананың бұрын берілген барлық ұсынымдарды орындауын бақылау
- 17) мешелдіналдыналу: тәнемес (серуендеу кезіндегі жеткілікті инсоляция) және тән болған жағдайда айғақтары бойынша Д витаминін беру.
- 18) Бала ауырған жағдайда өздерін ұстау және күтім жасау тәртібі (жәрдемге жүгінуді қажеттететін туған қауіпті белгілер, тамақтандыру режимінің бұзылуы).
- 19) Қауіпсіз орта және жарақаттанудың және бақытсыз жағдайының алдын алудағы ата-ананың өздерін ұстауы.
- 20) Баланы дамыту мақсатында оның күтімін еәкесін қатыстыру.
- 21) Дәрігердің қабылдауында ай сайын болу

Қолданылған әдебиеттер:

1. Е. Т. Дадамбаев, «Емханалық педиатрия»
2. Б. Х. Хабижанов, «Педиатрия»
3. <http://www.ipups.ru/articles/rahit>
4. <http://www.fiziolive.ru/html/reabil/baby/rickets.html>

ӘР ТҮРЛІ ОҚЫСТЫҚ ЖАҒДАЙЛАРДА БАЛАЛАРҒА КҮТІМ КӨРСЕТУ КЕЗІНДЕГІ ПАТРОНАЖДЫ МЕЙІРГЕРДІҢ РӨЛІ

А.Н. Әбдірәсіл

Арнайы пәндер оқытушысы

Алматы қаласы ДСБ ШЖҚ «Жоғары медициналық колледжі» КМК

Алматы қ., Қазақстан Республикасы

Аннотация. *Цель научно-исследовательской работы: определение роли патронажной медицинской сестры в уходе за детьми при различных учебных ситуациях. Задачами научной работы являются изучение и выработка практических рекомендаций сестринского ухода при различных учебных ситуациях, наиболее часто встречающихся у детей, опираясь на отечественные и зарубежные литературные обзоры, на практическую основу, с точки зрения медсестер и ухода за детьми.*

По результатам исследования была определена роль патронажной медицинской сестры в уходе за детьми при различных учебных ситуациях и представлена в качестве дополнительной информации патронажным сестрам и матерям в домашних условиях.

Annotation. *The purpose of the research work: to determine the role of a foster nurse in the care of children in various educational situations. The objectives of the scientific work are to study and develop practical recommendations for nursing care in various educational situations, most often encountered in children, based on domestic and foreign literature reviews, on a practical basis, from the point of view of nurses and child care.*

Based on the results of the study, the role of a foster nurse in the care of children in various educational situations was determined and presented as additional information to foster nurses and mothers at home.

Түйін сөздер: Әр түрлі оқыстық жағдайлар кезіндегі балалар күтімі, патронажды мейіргердің рөлі, аналарды оқыту.

Ерте жастағы балаларды патронаждық профилактикалық бақылауды бастапқы медициналық-санитариялық көмек (бұдан әрі - МСАК) ұйымының медицина қызметкері баланың денсаулығын сақтау және нығайту мақсатында үйде және медициналық ұйымдарда жүргізеді. МСАК медицина қызметкері патронаж жүргізу кезінде баланың отбасындағы күтіміне (толыққанды тамақтануды қамтамасыз ету және баланың дамуын ынталандыратын қауіпсіз орта құру) назар аударады, ауруларды анықтау және алдын алу, бала ауруы кезінде ата-аналардың білімі мен мінез-құлық дағдыларын қалыптастыру бойынша уақтылы шаралар қабылдауды қамтамасыз етеді. Патронаж кезінде медицина қызметкері ДДҰ ұсынған балалар жасындағы ауруларды ықпалдастыра жүргізу қағидаттарына сәйкес егде жастағы балалардағы негізгі аурулардың профилактикасы, диагностикасы және емдеу хаттамасының шараларымен жүзеге асырылады. Дегенмен, балаларға көрсетілетін күтім түрлерін және әр түрлі кездейсоқ оқыстық жағдайлар кезіндегі, мейіргерлік көмекті кейбір аналар білгенімен, білмейтін аналарда жоқ емес. Осыған орай, балаларға күтім көрсетуші патронаж мейіргерлерінің практикасында жиі кездесетін кездейсоқ әр түрлі оқыстық жағдайлардағы мейіргердің рөлі анықталып, үй жағдайындағы аналарды оқытып, патронаждық мейіргерлерге ұсынылады.

Балалардағы мұрыннан қан кету: Әр түрлі локализациядан қан кету көбінесе жедел медициналық көмекке жүгінуге себеп болады. Қан кетудің себептері әртүрлі болуы мүмкін. Банальды жарақаттан бастап денсаулық жағдайындағы ауыр бұзылуларға дейін. Егер бұл жағдайды тудырған созылмалы ауру туралы белгілі болмаса, қан кетудің себебін анықтау әрдайым мүмкін емес. Содан кейін олар локализацияны нақтылаумен және қан кетудің ауырлығымен шектеледі, қан кетуді тоқтату және қан жоғалту салдарымен күресу үшін жергілікті дәрігерге дейінгі шараларды қабылдайды.

Біздің әрқайсымыз өмірімізде кем дегенде бір рет мұрыннан қан кетуге тап болдық, не өзімізде, не басқалардан. Жағдай қарапайым, бірақ оның денсаулыққа тигізетін әсері айтарлықтай ауыр және тіпті қауіпті болуы мүмкін.

Ішектен қан кету: ас қорыту жүйесінің жоғарғы және төменгі бөліктерінен қанның шығуы ішектен қан кету деп аталады. Бұл жарақаттар, іш

қуысы мүшелерінің аурулары және басқа патологиялық процестерге байланысты туындайды. Құбылыс денсаулыққа зиян келтіреді және адам өміріне қауіпті.

Құрысып-тырысу синдромы - бұл баланың денесінің сыртқы және ішкі ынталандыруларға тән емес реакциясы, бұлшықет жиырылуының кенеттен шабуылдарымен сипатталады. Бұл мидың және жүйке талшықтарының кейбір құрылымдарының жетілмегендігімен, қан-ми тосқауылының өткізгіштігінің жоғары деңгейімен және кез-келген процестерді жалпылауға бейімділігімен, сондай-ақ басқа да себептермен түсіндіріледі және де, тағы да басқа оқыстық жағдайлар ға тоқталуға болады. Зерттеу жұмысының нәтижелері патронаж мейіргерлер тұрғысынан балаларға күтім көрсету кезіндегі мейіргердің рөлін үш негізгі категорияға бөлді.

Бірінші этап нәтижесі бойынша, патронаж мейіргерлерінің көзқарасымен әр түрлі оқыс жағдайлары болып: құсу, іш өту, тырысу-құрысу (судороги), жарақаттар, қызба, мұрыннан қан кету анықталды. Қатысушылардың пікірінше осы аталған оқыс жағдайлар мейіргер практикасында жиі кездескен (диаграмма - 1).

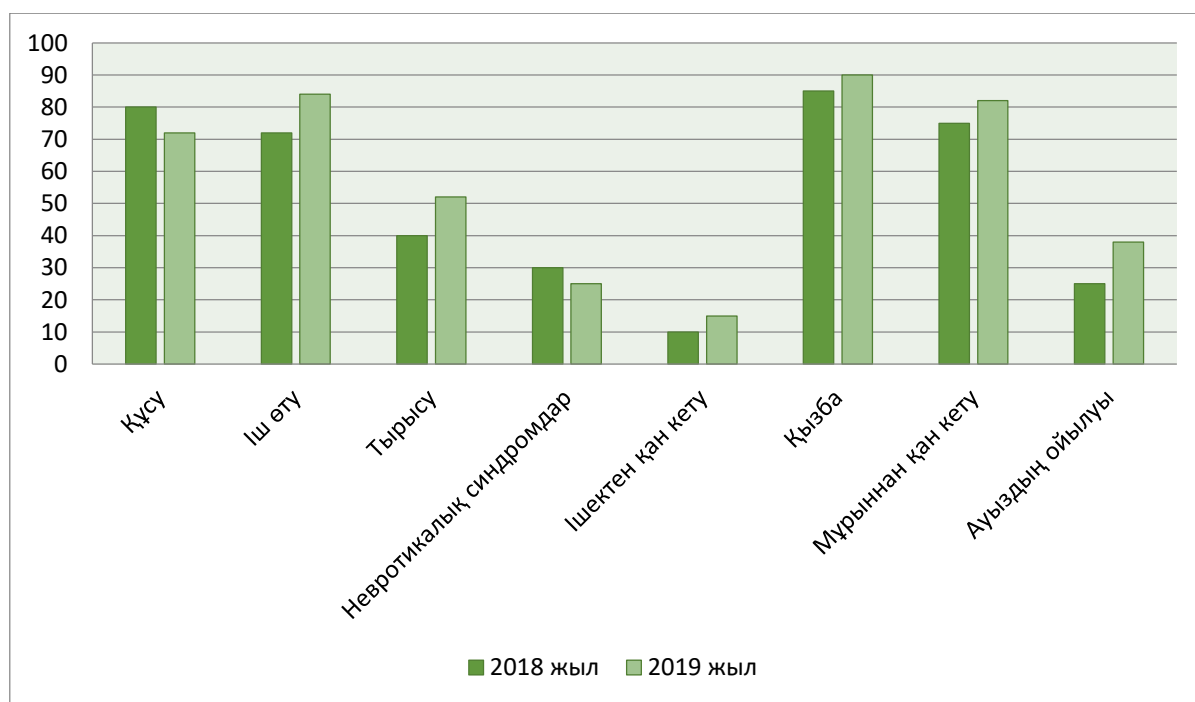


Диаграмма 1. 2018-2019 жылдарда жиі кездескен жағдайлар

Екінші этаптың нәтижесі бойынша, бірінші этапта анықталған оқыс жағдайлардың шешу жолдары қарастырылып, мейіргерлер көзқарасымен күтім көрсетудегі мейіргер рөлі үш тақырыппен айқындалды: ата-аналарға кеңес беру, ата-аналарды оқыту және алған кеңес, білімдерін қолдануды үйрету.

Балаларға күтім көрсетудегі патронажды мейіргердің рөлі маңызды. Жеке, топтық кеңес беру ата-аналарға проблемаларды анықтауға, баланың қажеттілігін табуға, оларды шешуге және оларды жүзеге асыруға көмектеседі. Көп жағдайда, баланың мінез-құлқындағы проблемалар, оқыс жағдайда ата-

ананың іс-әрекетіне бағытталады. Алайда, ата-аналардың сұраулары тек балаға, оның агрессивтілігіне, бағынбауына, қорқынышына, оқшаулануына, гиперактивтілігіне және т. б. қатысты. Мейіргер бұл фактіні ескереді және ата-аналармен әңгімелесу кезінде баланың қажеттілігіне ғана емес, жалпы отбасындағы қарым-қатынасқа да қатысты сұрақтар қояды. Сондай-ақ, баланы жалғыз болған кезде байқау керек. Отбасындағы жағдай туралы көп нәрсе білуге болады, ол баланы ойынмен айналысып жатқанда бақылайды.

Ата-аналардың өз баласына қажетті күтімді көрсете алуына үйрету үшін мини-семинарлар, тренингтер ұйымдастырып, мейіргер өз практикасымен бөлісуі қажет.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Внедрение новых сестринских технологий в республике Казахстан [Текст] / А. М. Искакова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2016. - № 3. - С. 182-185.
2. Вагипова, Р. А. Опыт партнерства медицинского колледжа и детской больницы в подготовке сестринского персонала [Текст] / Р. А. Вагипова, О. А. Мартынова // Медицинская сестра. - 2016. - № 6. - С. 46-47.
3. Айзятובה, Е. В. Самооценка сестринским персоналом уровня знаний по обеспечению профессиональной безопасности на рабочем месте [Текст] / Е. В. Айзятובה, Л. А. Богомолובה, Л. А. Карасева // Медсестра. - 2017. - № 2. - С. 14-18.
4. Теория и практика сестринского дела [Текст]: учеб. пособие: в 2 т. Т. 1. / П. Бейер [и др.] ; под ред. С. В. Лапика, В. А. Ступина, В. А. Саркисовой ; пер. с англ. – Москва : ФГОУ "ВУНМЦ Росздрава", 2008. - 800 с. : ил., фото., табл.
5. Сопина, З. Е. Управление качеством сестринской помощи [Текст] : учеб. пособие / З. Е. Сопина, И. А. Фомушкина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 176 с.
6. Современная организация сестринского дела [Текст]: учеб. пособие / под ред. З. Е. Сопиной. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 576 с. : табл. - Прил.: CD.
7. Севостьянова, Н. Г. Сестринское дело в педиатрии [Текст]: учеб. пособие: в 2 т. Т. 1 / Н. Г. Севостьянова ; Минздравсоцразвития РФ, ФГОУ "ВУНМЦ Росздрава". - Москва : ФГОУ "ВУНМЦ Росздрава", 2008. - 640 с.
8. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст] : учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 160 с.
9. Мухина, С. А. Теоретические основы сестринского дела [Текст]: учебник / С. А. Мухина, И. И. Тарновская. - 2-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 368 с. : ил., табл.

РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ОБРАЗОВАНИИ И НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Копбаева Жадыра Жумабековна,
Медсестра инфекционного контроля,
«Национальный научный центр фтизиопульмонологии
Республики Казахстан» МЗ РК
Бектасова Жанар Ерболовна,
преподаватель специальных дисциплин
Республика Казахстан, город Алматы

Аннотация. Қазіргі кезеңдегі мейірбикенің рөлі маңызды рөл атқарады. Медбикелер персоналы медицина қызметкерлерінің ең үлкен санатын құрайды және мейірбикелік қызметтер құнды ресурстар ретінде қарастырылады. Қазақстан Республикасындағы мейірбике ісіндегі күрделі реформаларға байланысты мейірбикелік құзырет шеңберінде дәрігерлердің кейбір функцияларын бөліп беру қажет. Осылайша, делегация процесі дәрігерлерді білікті медбике жасай алатын жұмыстардан босатады.

Annatation. *The role of a nurse at the present stage plays an important role. Nursing staff constitute the largest category of health care professionals, and nursing staff services are considered a valuable resource. In connection with the serious reforms in nursing in the Republic of Kazakhstan, it is necessary to delegate some functions of doctors within the framework of nursing competence. In this way, the delegation process will free doctors from the routine work that a trained nurse can do.*

Ключевые слова: расширение сестринской практики, делегирование полномочий.

Во все времена участие и квалифицированная помощь медицинской сестры были обязательным компонентом медицинской и врачебной помощи. С точки зрения современного здравоохранения роль медицинской сестры не может сводиться только к слепому, безинициативному выполнению поручений врача, когда вся ответственность и полный контроль с его стороны были обязательным условием этого союза. Будучи самой многочисленной категорией медицинских работников, медицинские сестры берут на себя огромный пласт услуг, являющихся ценным ресурсом здравоохранения по удовлетворению потребностей населения в доступной и экономически эффективной медицинской помощи. Понимание назревшей необходимости реформирования такой части здравоохранения, как «сестринское дело» в Казахстане, получило отражение в ряде номенклатурных и программных документов Министерства здравоохранения РК. В Государственных программах развития здравоохранения, «Саламатты Қазақстан - 2015» и «Денсаулық» на 2016-2019 годы, в программных документах, «Дорожная карта» по совершенствованию функциональных обязанностей специалистов первичной медикосанитарной помощи в РК, Проект комплексного плана развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2014-2020 г.г., проект

Концепции развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 г., особые акценты сделаны на развитии сестринского дела. Переломным моментом в изменении парадигмы «сестринской помощи» в здравоохранении РК можно считать обращение Первого Президента Казахстана Назарбаева Н.А. к народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана», где он подчеркнул важность качественного развития системы здравоохранения в рамках реализации Государственной Программы «Саламатты Қазақстан - 2015» путем создания условий для перехода к малозатратным формам медицинского обслуживания, обеспечения профилактической направленности, повышения уровня доступности и качества медицинской помощи. [1] Очевидно, что в структуре заболеваемости населения стали преобладать хронические болезни, не требующие постоянного врачебного участия в процессе наблюдения и лечения этих пациентов. С другой стороны, актуализировалась потребность в обучении их жить с заболеванием, принимая терапию на постоянной основе. Контроль за состоянием больных, мониторинг заболевания в этих случаях не сводится только к механической фиксации каких-либо показателей и выдачи препаратов. Важной становится коммуникация медицинской сестры с пациентом с умением мотивировать его к профилактике и здоровому образу жизни, т.е. речь идет не только о необходимости выполнения каких-либо медицинских процедур, но и о психологической и медико-социальной адаптации больного человека. [2] В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы, поставлены более четкие задачи при «Планировании потребности в человеческих ресурсах»: «В национальной и региональной политиках УЧР будут предусмотрены повышение роли ВОП и медицинских сестер, расширение функционала работников отдельных служб здравоохранения. В целом будет осуществляться поэтапное расширение компетенций среднего медицинского персонала параллельно с изменением стандартов их образования и переподготовки». [3] Понимание важности изменения существующей пока модели партнерства «врач – медсестра», когда врач оказывает пациенту врачебную помощь, а медсестра только выполняет его назначения, нашло отражение в проекте «Комплексного плана развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 года» [4]. В документе указано: «В настоящее время современные теории сестринского дела представляют медсестру в качестве равноправного партнера врача, который принимает самостоятельные сестринские решения, планирует и осуществляет доказательный сестринский уход, отражая его в сестринской документации. Сейчас партнерство врача и медсестры заключается в том, что врач оказывает пациенту врачебную помощь, а медсестра - сестринскую помощь, работая в рамках мультипрофессиональной команды специалистов здравоохранения для повышения эффективности качества медицинской помощи на всех уровнях системы здравоохранения» [5]. Основная цель комплексного плана - поднятие уровня отечественной сестринской службы до международного [6]. Таким образом, современная концепция «сестринского дела» позиционирует

медицинскую сестру как высококвалифицированного специалиста, партнера врача, способного к самостоятельной работе [7]. Именно поэтому развитие сестринского дела, как самостоятельной отрасли медицины предусматривает подготовку нового поколения медицинских сестер, призванных оказывать медицинскую помощь на более высоком, качественном уровне. [8] Однако, несмотря на внедрение Государственных Программ, Комплексного плана по развитию сестринского дела, практически на всех уровнях медицинской помощи в Казахстане проблема расширения роли медицинских сестер, иными словами делегирование некоторых функций врачей в рамках компетенций медицинских сестер, остается по сей день актуальной и не решенной задачей. Причиной этому, неизменность перечня функций медицинских сестер. Особенно остро потребность в квалифицированной сестринской помощи стоит в отраслях здравоохранения с тяжелыми хроническими заболеваниями, приводящими зачастую к инвалидности. Одной из таких областей клинической медицины остается онкология, включенная в перечень социальнозначимых заболеваний еще в 2001 г. Актуальность онкологических заболеваний остается высокой в Казахстане не только из-за высокого уровня смертности от злокачественных опухолей в стране, а также из-за растущего уровня заболеваемости и интенсивно развивающегося и все более доступного противоопухолевого лечения, которое позволило поставить некоторые злокачественные заболевания в разряд «хронических». Быстро развивающиеся современные эффективные технологии лечения рака требуют необходимости подготовки высококвалифицированных кадров, в том числе и среднего медицинского персонала. [9] Не секрет, что сегодня в клинической онкологии работа медицинской сестры ограничивается выполнением заданий врачебного персонала или технической работой – выписыванием рецептов, оформлением медицинской документации, статистических отчетов и т.д. Несмотря на понимание важности расширения компетенций среднего медицинского персонала, на практике все остается на том же уровне. [9] Врачу-онкологу в одну смену нужно принять около 15-20 пациентов, рассчитывая на каждого по 20 минут. Это исходя из того, что прием врача состоит из 4-5 часов. В некоторых случаях на одного пациента уходит от 30 минут до часа, так как бывают различные пациенты, первичные, нуждающиеся в психологической поддержке медицинского персонала, разъяснении плана лечения, правил и условий проведения лекарственной, хирургической или радиологической помощи. Между тем, часть этой информации при коммуникации с пациентами может разъяснить медицинская сестра, обученная основам противоопухолевой терапии и владеющая всеми навыками общения с онкологическими больными. Это, в первую очередь, касается тех пациентов, лечение которых проходит на амбулаторном уровне. Современные противоопухолевые препараты, занимающие все большую часть терапии рака, из группы таргетных, должны приниматься на постоянной длительной основе до прогрессирования заболевания или развития непереносимой токсичности. Основой успеха данной терапии зачастую становится приверженность пациентов к терапии, несмотря

на возможные, порой неприятные побочные эффекты препаратов. Эта приверженность, т.е. правильный настрой на лечение закладывается при первом контакте больного с врачом, который должен не просто назначить препарат, а объяснить пациенту, почему было выбрано данное лечение, какой эффект ожидается от терапии, как правильно принимать лекарство, какой режим соблюдать, рассказать о возможных побочных эффектах и ожидаемых осложнениях от лечения, а также о том, как правильно мониторировать терапию. Это то, чем сегодня должен заниматься врач кабинета амбулаторной химиотерапии (КАХ), который функционирует в каждом онкологическом диспансере страны. Это достаточно большой объем информации, который должен получить и понять онкологический пациент, но эта информация может быть донесена до пациента и обученной медицинской сестрой КАХ, которая сегодня выполняет только техническую работу, выписывая рецепты или выдавая препараты на руки [12]. Конечно, мы сейчас рассмотрели на примере онкологической службы только самую незначительную часть врачебной функции, которая может быть делегирована среднему медицинскому персоналу. На самом деле объем функций, которые могут выполняться подготовленными медицинскими сестрами в той же онкологии значительно шире. В завершение хотелось бы подчеркнуть, что обществу жизненно необходимы качественные медицинские услуги, которые отражают современный уровень развития медицины. В решении этого вопроса огромный потенциал остается за сестринской составляющей здравоохранения [11]. Малоэффективное использование сестринского персонала в практическом здравоохранении оказывает существенное влияние на качество медицинской помощи, которое сопровождается взаимосвязанными негативными тенденциями:

- ♣ Увеличением во врачебной деятельности доли медицинских услуг, не требующих врачебной квалификации и подлежащих осуществлению хорошо подготовленным сестринским персоналом;

- ♣ Недостатком полномочий, когда медицинские сестры не участвуют в принятии решений на всех уровнях медикосанитарной помощи;

- ♣ При снижении роли сестринского персонала в лечебном процессе, функции которого сводятся к выполнению технической работы, часто не требующей профессиональной подготовки [14].

Именно медсестра, работая с врачом, должна освободить его от работы, не свойственной врачебной квалификации, что позволит повысить эффективность и рациональность использования врачебных кадров [9]. Следовательно, расширение границ сестринской практики способствует: - повышению доступности медицинской помощи; - улучшению качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов; - регулированию нагрузки врача и освобождению его времени на консультирование и лечение пациентов; - повышению профессионального статуса медицинских сестер; - повышению ответственности за пациента [9]. Таким образом, анализ доступной литературы по указанной проблеме показал, что в связи с серьезными

реформами в сестринском деле в Республике Казахстан, назрела необходимость делегирования некоторых функций врачей, в том числе и онкологов, обученной медицинской сестре, что в большей степени освободит врачей от рутинной работы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011- 2015 годы
2. Т.Б. Турумбетова, Г.А. Мусина, М.М. Кабдуллина и др. Методы планирования, прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения. – Астана: Республиканский центр развития здравоохранения, 2015. – 42 с.
3. Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 года от 1 августа 2014 год
4. Сагиндикова Ж.А., Тиникова Е.Л., Кумарова А.Б. Современное состояние и перспективы развития сестринского дела // Сестринское дело в Республике Казахстан: состояние и перспективы. - 2012. - С. 144-147.
5. Милькаманович В.К. Роль медицинской сестры на современном этапе развития здравоохранения // Медицинские новости. - №12. - 2015. - С. 68-70.
6. Государственная Программа «Денсаулық» на 2016-2019 годы;
7. Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 г.
8. Зайнутдинова И.Ю. Перспективы развития сестринского дела // Вестник КазНМУ. - 2014. - №4. - С. 4-5.
9. Новоселова И.В. Оценка качества сестринской помощи. Современные подходы // Медицина и общество. - 2013.- №1. - С. 23-26.
10. Аяпов К. Развитие сестринского дела в РК. – Алматы: 2010. – 48 с.
11. Кашафутдинова Г.Т., Байсугурова В.Ю. Современное состояние сестринского дела в развитых странах: расширение сестринской практики // Вестник КазНМУ. - 2013. - №3. – С. 466-471.
12. Неизвестный автор. Вектор развития Казахстанской онкологии // Казахстанский медицинский журнал. – 2014. - №3. – С. 17-21.
13. Дюсекенова Г.Н. Формы повышения качества сестринских навыков // Вестник КазНМУ. - 2013. - №1. - С. 17-19.
14. Байжунусов Э.А. «О проблемах и перспективах развития сестринского дела в Казахстане» // Вестник КазНМУ. - 2012. - №3. - С. 2-7. Л.Ж. Орақбай1, С.Е. Есентаева2, Т.Т.

**СЕКЦИЯ 3. МЕЙІРГЕРЛІК БІЛІМ ЖӘНЕ МЕЙІРГЕРЛІК ЗЕРТТЕУЛЕР.
МЕЙІРГЕР ІСІНІҢ ҒЫЛЫМИ ЗЕРТТЕУЛЕР МЕН БІЛІМ
БЕРУДЕГІ РӨЛІ.**

**СЕКЦИЯ 3. СЕСТРИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И СЕСТРИНСКИЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ. РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В
ОБРАЗОВАНИИ И НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ**

**SECTION 3. NURSING EDUCATION AND NURSING RESEARCH.THE
ROLE OF NURSING IN EDUCATION AND RESEARCH**

ОРГАНИЗАЦИЯ ДУАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

Алибекова Л.Д.,

*заместитель директора по УВР, магистр общественного
здравоохранения*

Кленина Т.В.,

*старший преподаватель специальных дисциплин
КГП на ПХВ «Высший медицинский колледж» УОЗ г.Алматы
г.Алматы, Республика Казахстан*

Аннотация: дуальды оқытудың элементтерін медициналық колледждің білім беру бағдарламаларына енгізу теориялық дайындық пен практикалық дағдыларды игеру арасындағы алашақтықты жоюға, қоғамдық денсаулық сақтау қажеттіліктері үшін жоғары білікті мамандарды даярлауға бағытталған. Дуальды оқыту оқу орнының, жұмыс берушінің және студенттің тиімді өзара іс-қимылына негізделеді.

Annotation. *The introduction of elements of dual training in the educational programs of the medical college is aimed at eliminating the gap between theoretical training and the acquisition of practical skills, training highly qualified specialists for the needs of public health. Dual training is based on the effective interaction of the educational institution, the employer and the student.*

Ключевые слова: дуальное обучение, наставничество, образовательная программа, работодатель.

Введение. Дуальное обучение — это такой вид обучения, при котором теоретическая подготовка осуществляется в образовательном учреждении, а практическая — на будущем рабочем месте в соответствии с выбранной специальностью. Дуальная система обучения уже давно получила мировое признание. В Республике Казахстан правила организации дуального обучения регламентируются приказом МОН РК № 50 от 21.01.2016 года, где подробно отражены порядок организации и функции участников процесса [1]. Первоначально и в большей степени считалось, что внедрение дуального образования необходимо для образовательных организаций, реализующих образовательные программы технического направления. Однако при

реализации образовательных программ медицинского профиля вопрос внедрения дуального обучения является актуальным и своевременным.

Дуальная система призвана отвечать интересам всех заинтересованных сторон в процессе подготовки высоко квалифицированных конкурентно-способных специалистов в области здравоохранения. Для лечебно-профилактических учреждений появляется возможность подготовить специалистов с учетом потребностей конкретной организации, не переучивать вновь принятых на работу специалистов, не тратить время на поиск и подбор новых сотрудников. Для студентов – это возможность приобрести ценные практические навыки непосредственно на будущем рабочем месте, приобрести опыт и самостоятельность, решить проблему трудоустройства и адаптации к профессиональной деятельности и трудовому коллективу. Учебное заведение решает вопрос о качественном прохождении производственной практики студентов на базе лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). Этот вопрос особенно актуален при организации и планировании преддипломной практики. Общество и государство в целом заинтересованы в подготовке специалистов высокого уровня с учетом актуальных запросов практического здравоохранения и глобальных вызовов [2].

Преимущества дуального обучения:

- гарантированное трудоустройство выпускников;
- мотивация для получения знаний и практических навыков;
- развитие коммуникативных навыков и ответственности за принятие решений, а также приобретение опыта командной работы;
- сокращение адаптационного периода после окончания учебного заведения и началом трудовой деятельности;
- возможность применить полученные знания на практике, уменьшается разрыв между теорией и практикой [3];
- учебное заведение может актуализировать образовательные программы с учетом новейших достижений науки и запросов лечебно-профилактических учреждений, общественного здравоохранения.

Таким образом, суть дуальной системы обучения в практической направленности учебного процесса. Это предполагает изменения в его организации, чтобы рационально сочетать теоретическую подготовку и производственное обучение на базе ЛПУ. Базами для практического обучения для медицинских специальностей колледжа являются лечебно-профилактические организации, для специальности «Фармация» - фармацевтические организации (аптеки, фармацевтические производственные компании), для специальности «Лабораторная диагностика» - клинические лаборатории. Следует отметить преимущества организации такой производственной практики. Будущие медицинские сестры, фельдшера и акушерки получают возможность работать у постели больного, осуществлять уход, участвовать в разборе клинических ситуаций. Фармацевты познают тонкости технологического процесса, учатся работать с документацией, а также коммуникативным навыкам при работе с посетителями аптеки. Лаборанты

получают возможность не только изучить лабораторное оборудование и новейшие приборы, но и получить практические навыки работы.

Для осуществления принципов дуального обучения необходимо решить вопрос о педагогической подготовке менторов/наставников из числа опытных специалистов лечебно-профилактической организации. Формировать и укреплять систему наставничества. Для этого следует предусмотреть проведение обучающих семинаров и тренингов для наставников из числа специалистов практических баз. Обязательным условием при разработке рабочих программ учебной и производственной практики является привлечение представителей практического здравоохранения с учетом запросов будущих работодателей. При заключении договоров с практическими базами необходимо закрепить обязательства сторон по организации и проведению дуального обучения, определить ответственность менторов/наставников и преподавателей учебного заведения, регулярно согласовывать расписание и графики прохождения практического обучения, чтобы избежать перегруженности отделений ЛПУ, а также аптек и лабораторий. Численность менторов/наставников должна быть оптимальной для обеспечения индивидуального подхода к студентам. Выполнение функций наставника не должно быть помехой для осуществления основной профессиональной деятельности, наставничество должно стать ее гармоничным продолжением. У наставника появляется возможность передать накопленный опыт будущему специалисту, помочь ему с адаптацией на рабочем месте, стать частью команды. Следует также уделить внимание не только разработке программы, но и тщательно проработать документацию, которая будет отражать работу студента и отзывы наставника [4].

Таким образом, дуальная система обучения — это актуальная модель организации целевой медицинской подготовки, основанная на согласованном взаимодействии образовательной и практической сфер по подготовке специалистов.

Пример из опыта работы КГП на ПХВ «Высший медицинский колледж» УОЗ г. Алматы.

Проект внедрения элементов дуального обучения появился на этапе проведения профориентационной работы преподавателями Цикловой методической комиссии «Специальные дисциплины» среди абитуриентов, выбирающих специальность «Фармация» квалификация «Фармацевт». В связи с этим, о возможностях обучения в колледже было подробно рассказано в фармацевтических организациях, в том числе производственного профиля. Руководство этих предприятий и сотрудники, не имеющие профильного фармацевтического образования, проявили интерес к совместной работе с колледжем по вопросу целевой подготовки специалистов и возможности внедрения дуального обучения в образовательный процесс. На первый курс отделения «Фармация» по результатам вступительных экзаменов были зачислены абитуриенты, направленные руководством фармацевтической

компании ТОО «Келун-казфарм» и производственной компании «Кызылмай» для получения профильного фармацевтического образования.

Согласно Государственному общеобязательному стандарту образования (ГОСО) 2020 года и Типовому учебному плану по специальности 03006000 «Фармация» квалификация 03006013 «Фармацевт» на первом курсе предусмотрено изучение дисциплин модуля «Общее профессиональное обучение» и Практика «Ознакомление с аптечными организациями» (1 осень); а также изучение дисциплин модуля «Цикл естественно-научных дисциплин» и Практика «Ботаника» (2 весна). В качестве преподавателей-совместителей и методических руководителей практического обучения были привлечены сотрудники фармацевтической компании ТОО «Келун-казфарм», имеющие высшее фармацевтическое образование и степени магистра, PhD доктора. Совместно с ними были актуализированы Рабочие учебные программы и Силлабусы. На 2-3 курсе специальности «Фармация» изучаются специальные дисциплины следующих модулей: «Контроль качества и стандартизация лекарственных средств» (3 осень), «Технология изготовления лекарств и организация деятельности аптек» (4 весна), «Лекарствоведение и реализация лекарственных средств» (5 осень), «Информационные технологии в фармации» и Преддипломная практика (6 весна). Все дисциплины дают знания, необходимые для будущей профессиональной деятельности. ГОСО 2020 года предусматривает освоение студентами как базовых, так и профессиональных компетенций.

В таблице 1 и на рисунке 1 представлено распределение учебного времени специальности «Фармация» квалификация «Фармацевт» согласно ГОСО 2020 года.

Таблица1 Распределение учебного времени специальности «Фармация»

Наименование	1 курс		2 курс		3 курс		Всего	
	часы	%	часы	%	часы	%	часы	%
Теоретическое обучение (обязательные и элективные дисциплины)								
СРО	360	20	360	20	370	20,5	1090	20,2
СРОП	90	5	85	4,7	90	5	265	4,9
Аудиторные занятия	540	30	260	14,5	250	13,9	1050	19,5
Симуляции (учебная практика)	540	30	735	40,8	460	25,6	1735	32,1
Практическое обучение								
УПП, ПП	270	15	360	20	630	35	1260	23,3
Всего	1800	100	1800	100	1800	100	5400	100

УПП - учебно-производственная практика, ПП – преддипломная практика

Распределение учебного времени специальности «Фармация»

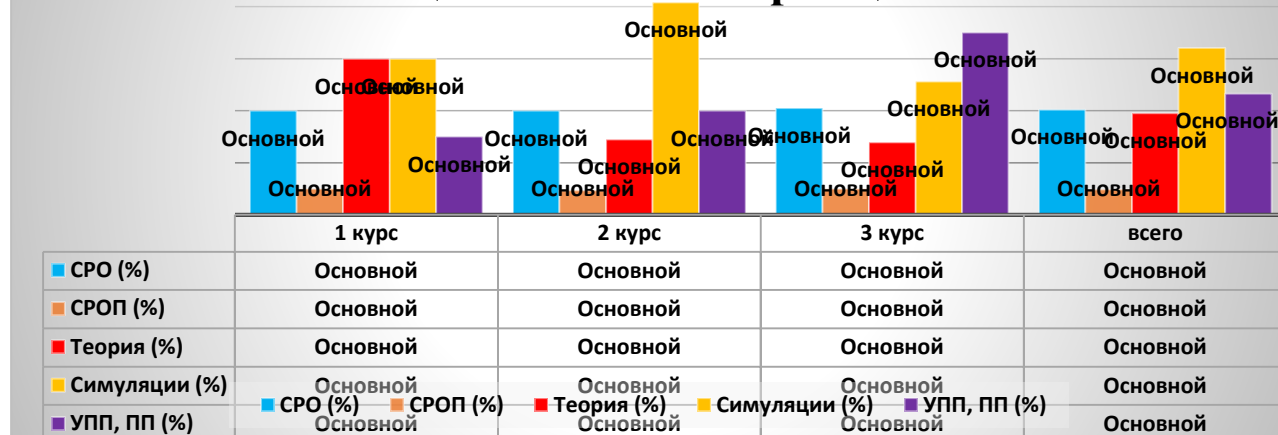


Рисунок 1 Распределение учебного времени специальности «Фармация» ГОСО 2020 г.

Распределение учебного времени показывает высокую долю часов, отводимых на СРО – 20%. Доля симуляционных занятий (учебная практика) на первом курсе равна доле аудиторных занятий (теория), однако на 2-3 курсе этот показатель возрастает, в то время как объем теоретических часов снижается. Доля часов, отводимых на производственное обучение, составляет 15% на 1 курсе, составляет 20% на 2 курсе и возрастает до 35% на 3 курсе. Таким образом, на выпускном курсе при прохождении преддипломной практики доля производственного обучения максимальная за весь период обучения [5]. Приведенные данные свидетельствуют об актуальности дуального обучения при изучении студентами специальных дисциплин фармацевтического профиля и прохождении ими практики.

Планируется более широкое внедрение элементов дуального обучения при освоении специальных дисциплин и увеличение числа организаций – социальных партнеров, чтобы студенты колледжа имели возможность овладеть необходимыми практическими навыками на будущем рабочем месте. Рабочие программы практического обучения, а также преддипломной практики должны разрабатываться с учетом запросов будущих работодателей и нужд практического здравоохранения. В Типовом учебном плане по специальности «Фармация» предусмотрены элективные дисциплины, что дает возможность колледжу включать в образовательную программу изучение дисциплин и курсов в соответствии с запросами заинтересованных сторон, в частности работодателя, а также с учетом изменения глобальной ситуации и новых вызовов.

Выводы: Необходимо расширять сотрудничество с медицинскими и фармацевтическими организациями, решать вопросы мотивации всех участников процесса организации дуального обучения, развивать и совершенствовать систему наставничества и профориентационную работу. Дуальное обучение является перспективной образовательной моделью в

процессе подготовки высоко квалифицированных и конкурентно-способных специалистов в системе медицинского образования Республики Казахстан.

Литература:

1. Приказ МОН РК от 21 января 2016 года № 50Об утверждении Правил организации дуального обучения <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1600013422>

2. А.А. Аканов с соавт. «Дуальная форма медицинского образования как продукт социального партнерства» ВМШ КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, **Научно-практический медицинский журнал Вестник КазНМУ**, 27 Sep 2013, УДК 37(082) (470)

3. М.Т. Рахимжанова «Дуальное обучение – преимущества и проблемы» <https://infourok.ru/statya-dualnoe-obuchenie-preimuschestva-i-problemi-1530221.html>

4. Сидакова Л.В., Сущность и основные признаки дуальной модели обучения /Образование и воспитание. — 2016. — № 2 (7). — С. 62-64. — URL: <https://moluch.ru/th/4/archive/29/803/>

5. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 31 октября 2018 года № 604 «Об утверждении государственных общеобязательных стандартов образования всех уровней образования», Приложение 5. <http://adilet.zan.kz/rus/index/docs>

«MIRACLE ELIXIR: HARM AND BENEFIT»

Amrina G.A., Omarova M.M., Jamaldinova Z.B., Erkinov K.E.
*teachers of the Municipal state enterprise on the right of economic management
"High Medical College" Public Health Department of Almaty,
Almaty, Republic of Kazakhstan*

Аннотация. Черный и зеленый чай изготавливаются из одного и того же растения, называемого *Camelliasinensis*, но нельзя сказать, что эти два напитка являются "братьями-близнецами". Они отличаются набором химических свойств и по-разному влияют на наш организм. Тем не менее, некоторые вполне допускают их смешивание в одной смеси и уверяют, что таким образом можно одновременно получить максимальную пользу. Несмотря на то, что черный и зеленый чаи создаются из листьев одного и того же растения, у них много различий, которые в совокупности начинают мешать друг другу.

Аннотация. Қара және жасыл шай *Camelliasinensis* деп аталатын өсімдіктен жасалған, бірақ бұл екі сусын "егіз бауырлар" деп айтуға болмайды. Олар химиялық қасиеттер жиынтығында ерекшеленеді және біздің денемізге әртүрлі әсер етеді. Дегенмен, кейбіреулер оларды бір қоспада араластыруға мүмкіндік береді және осылайша бір уақытта максималды пайда алуға болады деп сендіреді. Қара және жасыл шайлар бір өсімдіктің жапырақтарынан

жасалынғанына қарамастан, олардың көптеген айырмашылықтары бар, олар бір-біріне кедергі жасай бастайды.

Key words: tea, tannin, caffeine, chemical experiment, substance

The relevance of research lies in the fact that tea can be used to conduct various experiments, including cognitive ones, which allow us to study the benefits and harms of tea in the body as a whole.

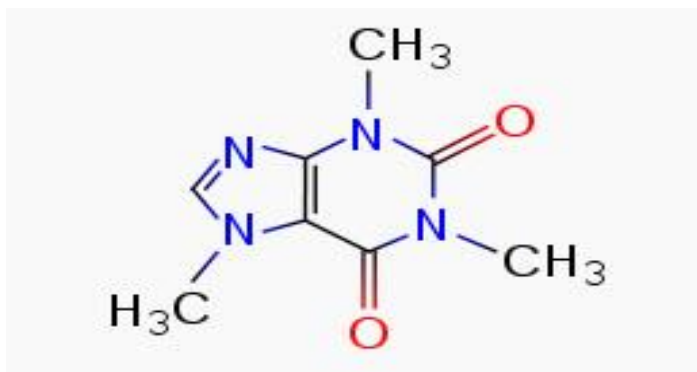
Goals and objectives:

- * Study the chemical composition of green and black tea (tannin, caffeine, catechins, theophylline, polyphenols, tannins, vitamins C and E, proteins, biologically active substances);
- * To conduct qualitative reactions to tannin;
- * Isolate caffeine by sublimating;
- * Make a comparative characteristic of the percentage of the presence of caffeine and tannin in different brands of tea;
- * Draw appropriate conclusions about the harmful and beneficial effects of caffeine and tannin on the human body;

Research methods:

Literature analysis, comparative analysis of available information, chemical experiments. High-quality reactions, creating various tables and slides.

1. A qualitative reaction to caffeine. The release of caffeine.
2. Determination of tannin in tea. Isolation of tannin.



Pic.1 The caffeine formula

Conclusions on the use of black tea are presented in the table.

HARMFUL EFFECTS	USEFUL EFFECTS
<ul style="list-style-type: none">- for the nervous and cardiovascular system;- stone formation(if drunk cold);- for bones(washing out Md and Ca);- for the absorption of iron;- to cleanse the body of toxins;- for cleansing the body of heavy metals;	<ul style="list-style-type: none">- to cleanse the body of toxins;- for cleansing the body of heavy metals;- against radiation;- in the prevention of cancer;- for conjunctivitis;

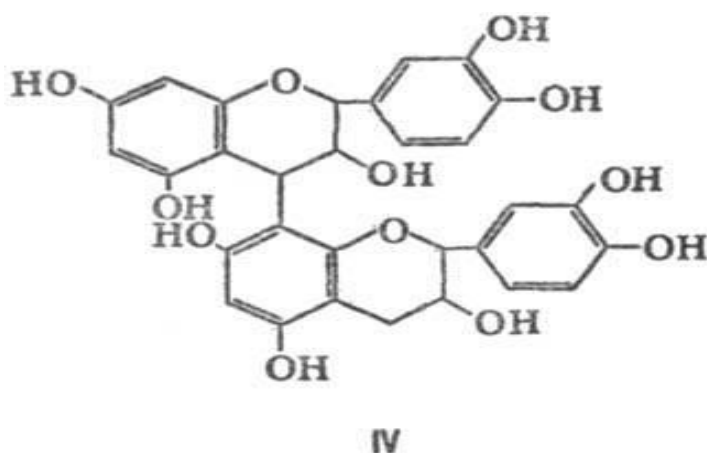
Experience #1 Qualitative reaction to caffeine. The release of caffeine.

In a porcelain or metal crucible (you can use any suitable metal vessel, preferably not flat, but high, like a glass), put 1 teaspoon of black tea crushed in a mortar and about 2g of magnesium oxide (this substance is sold in pharmacies under the name "burnt magnesia") [1]. Mix both substances and put the crucible on the fire. The heating should be moderate. A porcelain cup with cold water is placed on top of the crucible. In the presence of magnesium oxide, caffeine sublimes, i.e. turns into steam, bypassing the liquid stage.

Once on a cold surface, the caffeine settles on the bottom of the cup in the form of colorless crystals. The heating is stopped, the cup is carefully removed from the crucible and the crystals are scraped into a clean flask.

In order to make sure that the caffeine is really obtained, you can conduct a beautiful qualitative reaction. Several caffeine crystals are placed on a porcelain plate and one drop of concentrated nitric acid is added. Heat the plate until the mixture on it dries. At the same time, the caffeine turns into a noticeable, orange-colored, amalic acid.

Tannin is an amorphous powder, light yellow in color, odorless; a food additive that is used as a dye in the manufacture of various beverages [2]. E-181 is highly soluble in glycerin, alcohol, and cold water. It has an astringent taste, due to tannins (used for tanning leather).



Pic.2 The tannin formula

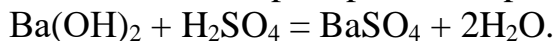
Experience #2 Determination of tannin in tea.

Isolation of tannin.

50g of green tea is poured with half a cup of boiling water and boiled over low heat for about 1 hour for a more complete extraction of soluble substances. The mixture is filtered through several layers of gauze; the sediment on the filter is washed with hot water. It turns out about a glass of yellow-green solution, in which 15g of lead acetate is added. A precipitate of lead thanate is formed. The liquid is carefully drained. A glass of hot water is added to the precipitate, stirred, allowed to settle, and the super-sedimentary liquid is drained again [3-4]. This operation is repeated three times to remove lead ions from the sediment. To check whether they are really removed, take a sample of the liquid in a test tube and add a few drops of

dilute sulfuric acid to it. In the presence of lead ions in the solution, a white precipitate PbSO₄ is formed.

If the reaction is negative, the lead thanate precipitate on the filter is washed with a 1% solution of sulfuric acid (acid consumption ~50 ml). After collecting the solution, the acid is neutralized by adding 0.5% drops solution of barium hydroxide, after which the precipitated barium sulfate precipitate is separated by filtration:



The remaining clear solution contains tea tannin. The solution is evaporated dry in a water bath. The tannin thus obtained is scraped from the bottom and ground into a powder.

Conclusions on the use of green tea are presented in the table.

HARMFUL EFFECTS	USEFUL EFFECTS
<ul style="list-style-type: none"> - Moderately unsafe (the daily dose has not yet been determined); - Can cause headaches and insomnia; - You cannot drink medicines because of the content oftannins; 	<ul style="list-style-type: none"> - Drink for weight loss purposes; - To increase the tone; - In the prevention of cancer; - Use after oncological operations;

Conclusion:

1. Despite the fact that tea is very useful, we should limit the use of strong black tea for children and adolescents;
2. It should be remembered that caffeine activates the central nervous system, but this action is similar to the action of drugs such as heroin and cocaine;
3. Tannin is used as a dye that is highly soluble in glycerin, alcohol, and cold water. The composition of such solvents is not included in the human body, and this should be remembered;
4. If do not like traditional teas, you can prepare yourself useful and medicinal herbal teas. For example, currant, rosehip, taiga and others. It is both healthy and delicious;
5. Currently, the so-called coffee tea is in demand, which does not differ in taste from black, only less astringent due to the lack of tannins, does not contain theophylline, and therefore does not harm the cardiovascular system, and does not contain caffeine at all, since it is made from roasted barley.

List of references

1. O. Holgin Experiments without explosions-M.: Chemistry, 1986.
2. P. F. Butskus. A book for reading on organic chemistry. - Moscow: Prosveshchenie, 1985.
3. V. F. Yegorkin, D. M. Kiryushkin, V. S. Polosin. Extracurricular practical work in chemistry. - M.: Prosveshchenie, 1959.
4. A. Ya. Revo. Practicum on organic chemistry. - M.: "Higher School", 1971.

Молдабаева Ә.Б.,
преподаватель специальных дисциплин
Медицинский колледж «Семей»,
г. Семей, Республика Казахстан

Актуальность. В современной науке наставничество обрело новый импульс к исследованию его роли в подготовке молодых специалистов и их адаптации к производственной среде, в профессиональном и личностном росте. Интерес к наставничеству в обществе имеет не только теоретический, но и практический характер. Грамотно организованный процесс взаимодействия «учителя» и «ученика» ведет к более эффективной деятельности учреждения, организации, фирмы и т.д., способствует «укоренению» человека в профессии, обеспечивает устойчивое развитие данной сферы деятельности.

В настоящее время упор в определении целей профессионального обучения сместился с приобретения студентами знаний и умений на формирование такой комплексной структуры, как профессиональная компетентность. В здравоохранении «Компетентность медицинской сестры» – это совокупность профессиональных знаний, умений, навыков, а также профессионально – личностных качеств, которые определяют внутреннюю готовность качественно осуществлять профессиональную деятельность на основе квалификационных требований и морально-этических норм, с которыми ознакамливается каждый студент с первых дней поступления в медицинский колледж. Компетенции имеют комплексный характер. С началом изучения навыков среднего медицинского работника студенты переходят с одного уровня компетентности на другой, а также отходят от использования теоретических знаний к применению знаний на основе клинически ориентированного опыта. Эти сложные действия также требуют умения рассуждать и выносить суждения, что можно развить только благодаря опыту применения знаний и навыков в условиях практического взаимодействия с пациентами.

Наставническая работа считается важным элементом в организации воспитательной деятельности медицинских учреждений. При этом она имеет свои особенности, определенные профилем образования по избранной профессии, освоение широкого спектра медицинских и естественно-научных дисциплин. Проблема воспитания у студентов-медиков общечеловеческих духовных и национальных ценностей остается чрезвычайно актуальной для медицинских учреждений, поскольку именно эти качества являются основным источником становления будущего медицинского персонала.

Цель работы: выявление характера взаимоотношений между наставниками и студентами медицинского колледжа 4 курса.

Материалы и методы исследования: в исследовании участвовали 100 студентов специальности «Сестринское дело» и «Лечебное дело» Медицинского колледжа «Семей». Работа была проведена с помощью

анкетирования. Анкеты включали следующие вопросы: «Какими качествами должен обладать наставник?», «Хотели бы Вы иметь одного и того же наставника в течение всего времени обучения?», «Какие темы Вы обсуждали со своими наставниками?».

Результаты. Более 95% опрошиваемых хотели, чтобы их наставник был высококвалифицированным специалистом с высшим медицинским образованием, 99,5% студентов желают иметь одного и того же наставника в период своего обучения. Большинство опрошенных воспринимали своих наставников как консультанта (88,9%) с качествами лидера, организатора и советчика. Больше половины студентов с наставником чаще всего обсуждают вопросы планирования карьерной траектории. Также студенты отметили, что под руководством одного наставника не должно быть большого количества студентов, так как это снижает эффективность процесса обучения.

Одним из вопросов, которая очень важна для наших студентов, является исследовательская деятельность. Помощь наставников в написании дипломных и научных работ получили только 27% выпускников, что говорит о проблеме сестринских исследований в практическом здравоохранении.

Выводы. Наставничество является ключевым фактором, способствующим успешной карьере в медицине и приобретению клинических и исследовательских навыков. Есть необходимость продолжить работу по усовершенствованию программы взаимодействия «учителя» и «ученика» для создания «качественной модели наставничества» в соответствии с потребностями студентов-медиков. В связи с наличием проблемы организации и проведения сестринских исследований в практическом здравоохранении необходимо включить в Советы среднего медицинского персонала медицинских организаций - сектор «Сестринские исследования» для их развития в практическом здравоохранении.

Для эффективной реализации системы наставничества в медицинском колледже требуется системный подход к организации данного направления воспитательной работы. Институт наставничества должен стать одним из наиболее действенных инструментов повышения качества воспитания и образования будущего медицинского персонала, обеспечить непрерывность передачи знаний, опыта и традиций «от старшего к младшему». Важно, чтобы высшая медицинская школа на современном этапе стала не только «кузницей медицинских кадров», а источником гуманистических знаний и нравственного воспитания.

Список использованной литературы:

1. Наставничество в формировании личности студента медицинского вуза Е.Н. Гринько, А.С. Омельченко.
2. Круглова И.В. Наставничество как условие профессионального становления молодого учителя: дис. ... канд. пед. наук. М., 2007.

3. Шарабчиев Ю.Т. Ресурсосберегающие механизмы развития медицинской науки: инновационные проекты и теоретические исследования в медицине // Медицинские новости.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ НАУЧНО-ПОИСКОВОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ И ЕЕ АКТУАЛЬНОСТИ

Карбаева М.С.,

*преподаватель специальных дисциплин
КГП на ПХВ «Высший медицинский колледж УОЗ г. Алматы
г. Алматы, Республика Казахстан*

Аннотация. Бұл мақалада колледждің "арнайы пәндер" ЦӘК-де білім алушылардың ғылыми-ізденіс жұмыстарын ұйымдастыру тәжірибесінен ақпарат ұсынылған. Білім беру қызметінде білім алушыларды ғылыми-ізденіс жұмыстарына тарту маңызды рөл атқарады. Оның бір түрі ретінде сыналатын құралдың уытты әсерін анықтау бойынша эксперименттерде білім алушылардың қатысуымен ҚазҰМУ Фармация мектебімен ынтымақтастық мысалы келтірілген.

Annotation. This article presents information from the experience of organizing research work of students studying at the CMC "Special Disciplines" of the college. In educational activities, an important role is played by the involvement of students in research work. As one of its forms, an example of cooperation with the School of Pharmacy of KazNMU with the participation of students in experiments to identify the toxic effect of the test drug is given.

Ключевые слова: научно-поисковая работа, актуальность, сотрудничество, эксперимент.

Комплекс образовательной деятельности учебного заведения предусматривает также один из важнейших элементов – организацию учебно-исследовательской работы обучающихся.

Цели НИРС:

- закрепление теоретических знаний;
- воспитание самостоятельности, дисциплинированности;
- научная активность.

Методы поисковых работ:

I. Информационно-коммуникативные.

- 1) Поиск, отбор, анализ и передача информации.
- 2) Умение по составлению текста.
- 3) Умение участвовать в научном диалоге, дискуссии.
- 4) Умение самостоятельно приобретать собственные знания и применять

на практике.

II. Эмпирические:

- 1) Умение проводить опросы, тестирование.
- 2) Умение изучать и обобщать.
- 3) Умение организовать и провести эксперимент.
- 4) Умение интерпретации результатов исследований.

Научно-поисковая работа должна быть организована на основании:

- принципа проблемности;
- разных уровней сложности;
- личностно-ориентированности;
- создании оценочных суждений и выводов;
- способности решать на уровне усвоенных знаний жизненные, профессиональные задачи.

При приобщении обучаемых к поисковой работе важно овладение навыками работы с научной литературой. Формирование исследовательских компетенций в начале обучения осуществляется при выполнении реферативных работ, подготовке к публичным выступлениям. Широкое ознакомление с результатами поисковых работ, проводимые с этой целью конференции, способствуют возрастанию развивающихся возможностей студентов. Формирование исследовательских компетенций обучаемых будет наиболее результативным при подготовке их в области методологии научного познания через свой предмет.

Приобщение обучаемых к поисковой работе должно проходить на всех предметах, на практике и носить целенаправленный характер, это будет способствовать развитию когнитивных способностей, формированию компетентных специалистов.

Из опыта поисковой работы на Цикловой методической комиссии «Специальные дисциплины». Организованная нашими преподавателями поисковая работа способствует расширению кругозора обучаемых, позволяет выйти за рамки программы. Так, на предметах отделения «Фармация» затрагиваются вопросы рационального использования лекарств, лекарственных осложнений, применения препаратов в детской практике. Преподаватели повышают свои знания, посещая семинары, работая с научной литературой.

В настоящее время много новшеств в медицине, новых течений, развивается альтернативная медицина, большое значение придается профилактической медицине. В связи с этим через кружковую работу мы рассматриваем темы, не предусмотренные программой. Например, о роли антиоксидантов и свободных радикалов в метаболизме, элементы нутрициологии, биологически активных веществах.

Поисковые работы должны быть актуальными. Естественно, в настоящее время, в период пандемии должны больше уделять внимания вопросам этой эпидемии с позиций своих дисциплин, знакомить с препаратами, актуальными при заражении коронавирусом и методами профилактики. Будущие специалисты должны уметь проводить работу по профилактике заболеваний, по укреплению здоровья людей.

Очень актуально в настоящее время изучение вопросов укрепления иммунитета. Сам вопрос «Что такое иммунитет?» требует тщательного изучения с целью пропаганды здорового образа жизни и санитарно-просветительской работы среди населения. Одна из наших работ и была посвящена иммунитету. Более подробное изучение темы, изучение неспецифического и специфического иммунитета, методы, средства для повышения его вызвали большой интерес у кружковцев.

Организации поисковой работы на фармацевтическом отделении способствует Меморандум о сотрудничестве, заключенный между КазНМУ им. С.Асфендиярова и Высшим медицинским колледжем Управления общественного здоровья г.Алматы. В рамках этого документа есть соглашение о сотрудничестве Школы фармации и Высшим медицинским колледжем по вопросам подготовки специалистов в направлении Технологии фармацевтического производства и Фармации. Но кроме учебных моментов в этом меморандуме мы решили использовать возможности в части научно-поисковой работы, приобщая обучающихся колледжа к методам поисковой работы. Причем университет дает такую возможность и самим преподавателям для занятий научной работой. Посещение нашими преподавателями семинаров, конференций, мастер-классов, проводимых в университете, способствуют повышению знаний наших преподавателей, получению информации о новейших достижениях в области фармации.

В Школе фармации КазНМУ проводится большая работа по изысканию новых, менее токсичных, чем химические соединения, природных средств, проводятся доклинические испытания на лабораторных животных. Огромный арсенал лекарственных растений нашей страны требует дальнейшего исследования, поиска более эффективных средств. Кроме этого, актуальными остаются вопросы по изучению маркетинга лекарственных средств и средств медицинского назначения, изучение безопасности лекарственной терапии.

Современное оснащение кафедр Школы фармации КазНМУ, использование современных форм проведения занятий, мастер-классов, республиканских и международных конференций, приглашение зарубежных ученых дают нам большую возможность для развития кругозора, когнитивных способностей и преподавателей, и обучаемых.

В этом году в рамках меморандума мы разнообразили научно-поисковую работу студентов отделения «Фармация». Была договоренность с руководством факультета о приобщении нескольких обучающихся к проведению экспериментов на лабораторных животных для доклинических исследований. Под руководством PhD-докторанта Орынбековой С.О. обучающиеся участвовали в работе по исследованию токсического действия лекарственного растения *Adonistyanschanica* – горицвета тянь-шанского.

Был сделан литературный обзор материала по данному растению, один вид которого *Adonisvernalis* давно применяется в медицине и является официальным, а также растения – *Inulabritanica*. Перед началом экспериментальной работы студенты присутствовали на заседании Локальной

этической комиссии по вопросам эксперимента на лабораторных животных. Руководители составили план работы исследований, определили цели и задачи. Были обсуждены вопросы безопасности на рабочем месте, требований, предъявляемых к участникам эксперимента, поставлены в известность родители обучаемых, получено их согласие.

В результате этой работы, проводимой в течение нескольких месяцев, кружковцами осуществлен сбор информации из литературных источников, ознакомились с функциями Локальной этической комиссии, методами работы с экспериментальными животными, оценкой их физического состояния до приема испытуемого средства и после его введения в организм подопытных.

Таким образом, наши кружковцы, участвуя в экспериментальных исследованиях докторанта, ознакомились и проводили опыты на базе вивария Казахского Национального медицинского университета им. С. Асфендиярова. Дизайн исследования был одобрен на заседании этической комиссии. Эксперименты проводились в соответствии со стандартами надлежащей лабораторной практики с гарантией достоверных и воспроизводимых результатов. Доклинические исследования являются необходимым этапом при разработке новых лекарственных средств для определения их безопасности.

Объектом исследования был экстракт адониса Тянь-Шанского, произрастающего в нашей стране. Опыты проводились на беспородных белых мышах с целью определения общетоксического действия экстракта, острая токсичность определялась при однократном введении натошак. Общая продолжительность наблюдений за животными составляла 28 дней.

Обучающиеся вели дневник эксперимента, наблюдали и записывали общее состояние и поведение, массу тела, патоморфологические исследования внутренних органов (печень, почки) животных. По окончании эксперимента обучающиеся могли наблюдать проведение докторантом аутопсии органов (сердце, печень), эвтаназии методом цервикальной дислокации.

Таким образом, обучающиеся, участвуя в данном эксперименте, получили навыки исследовательской работы, ознакомились с методами определения токсического действия испытуемых средств из отечественного лекарственного растительного сырья. А также такая работа формирует у студентов интерес к научному поиску, способствует дисциплинированности, ответственности, лучшему пониманию содержания выбранной профессии, расширению кругозора.

Отчет о своей работе представлен студентами в виде сообщения на студенческую конференцию, проводимую ежегодно в колледже и являющуюся итогом научно-поисковой работы обучаемых. Фрагменты этой работы студентов представлены в виде фотоотчета в данном докладе.

В фармации большую роль играют маркетинговые исследования, анализ реализации различных групп препаратов. Так группа, находящаяся на дуальном обучении, знакома с фармацевтическим производством, имеет представление о работе предприятий, занятых реализацией лекарственных препаратов, проявила интерес к маркетинговым исследованиям и изучению

природных лекарственных ресурсов. Исследовательская работа планируется в будущем в более расширенном виде.

Фотоотчет о ходе научно-поисковой работы обучаемых колледжа в рамках Меморандума сотрудничества КазНМУ представлен на рисунке 1.



Рис.1. Фотоотчет о ходе научно-поисковой работы обучаемых колледжа

Выводы. На основании выше изложенного, при организации научно-поисковой работы студентов и для ее эффективности важно использовать разные формы и методы. Участие в экспериментах под руководством научных работников, магистрантов, докторантов делает его результативным, вызывает научный интерес, способствует формированию специалиста, умеющего более углубленно понимать задачи профессии.

Литература.

1. Миронов А.Н., Бунатян Н.Д. и др. Руководство по проведению доклинических исследований лекарственных средств.
2. Грудзинская Л.М., Гемеджиева Н.Г., Нелина Н.В., Каржаубекова Ж.Ж. Аннотированный список лекарственных растений Казахстана.
4. <https://almaty.edu.kz/rubric/science/students>

РАЗРАБОТКА СОСТАВА СБОРА МОЧЕГОННОГО ДЕЙСТВИЯ ИЗ ОТЕЧЕСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ

Кленина Т.В.,
*преподаватель специальных дисциплин
КГП на ПХВ «Высший медицинский колледж» УОЗ г.Алматы
г.Алматы, Республика Казахстан*

Аннотация. *Мақалада отандық Өсімдік шикізатынан диуретикалық әсері бар Жинау құрамы мен технологиясының дамуы туралы мәліметтер келтірілген.*

Annotation. *The article presents data on the development of the composition and technology of collection with a diuretic effect from domestic plant raw materials.*

Ключевые слова: сбор, мочегонное действие, официальные растения, флора Казахстана, разработка, технология, стандартизация.

Введение. Уникальный состав флоры нашей Республики Казахстан благоприятствует созданию отечественных фитопрепаратов. На сегодняшний день, несмотря на большой ассортимент синтетических средств, использование природных лекарственных растительных сборов остается актуально.

Сегодня при лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы, суставов, почек и мочевыводящих путей широко применяются мочегонные средства. Выбор диуретического средства зависит от тяжести состояния больного, эффективности препарата, чувствительности больного к диуретику. При совместном применении диуретиков с препаратами других групп возникает опасность развития побочных эффектов, особенно общих для многих синтетических диуретиков.

Целесообразным является применение сборов лекарственных растений, обеспечивающих комплексное воздействие за счет сочетания лечебного действия различных компонентов. Разработка состава диуретического фитосбора, который не только направлен на выведение из организма больного натрия и отежной жидкости с мочой, но при этом оказывающего противовоспалительное, антибактериальное, протективное и иммунокорректирующее действие, актуально.

Цель исследования: разработать состав и технологию фитосбора с мочегонным действием.

Результаты и их обсуждение. Флора Республики Казахстан уникальна своим разнообразием и видовым составом. Она насчитывает более шести тысяч растений. Из них пока исследована очень малая часть. В государственную фармакопею внесено всего 57 наименований ЛРС [1-3]. Известно, что ЛРС в фармацевтической практике всегда являлось неотъемлемой частью создания лекарственных препаратов. И сборы всегда являлись первым подручным лекарственным материалом [4].

ГФ РК дает такое определение: сборы, SPECIES- представляют собой смеси нескольких видов резаного, реже цельного высушенного лекарственного растительного сырья, иногда с добавлением солей и эфирных масел [1]. Применение лекарственных растений в медицинской практике обусловлено наличием в них биологически активных (действующих) веществ - природных соединений, оказывающих влияние на биологические процессы в живом организме и определяющие основной терапевтический эффект лекарственного растительного сырья [4]. Сборы относят к твердым лекарственным формам [5].

В форме сборов применяют разные части растений (корни, кору, траву, листья, цветы, семена и др.), содержащие разнообразные действующие и

сопутствующие вещества [6]. К положительным сторонам сборов как лекарственной формы относится доступность сырья и сравнительная простота изготовления. Но их существенными недостатками являются незаконченность сборов как лекарственной формы (необходимость дополнительной обработки их самим больным) и неточность дозировок при применении. В связи с этим в составе сборов не назначают ядовитые вещества.

Как известно, каждое растение обладает широким спектром фармакологического действия. Анализ данных растений показал, что из 57 растений мочегонным эффектом обладает 21 растение (таблица 1).

Таблица 1 - Официальные растения РК с мочегонным действием

№	Наименование ЛРС	Урологические свойства
1	<i>Березы почки</i>	++
2	<i>Толокнянки лист</i>	+++
3	<i>Брусники листья</i>	++
4	<i>Спорыш</i>	+++
5	<i>Календулы цветки</i>	+
6	<i>Липы цветки</i>	+
7	<i>Душица</i>	+
8	<i>Тимьян ползучий</i>	+
9	<i>Фенхель</i>	++
10	Аира корневища	+ -
11	Алтея корни-2, листья-3	+ -
12	Бессмертника цветки	+ -
13	Валерианы корни	+ -
14	Верблюжьей колючки трава	+ -
15	Девясила корневища и корни	+ -
16	КермекаГмелина корневища и корни-2, трава-3	+ -
17	Мать-и-мачехи листья	+ -
18	Солодки корни	+ -
19	Тысячелистник	+ -
20	Фиалка	+ -
21	Череды трава	+ -

По литературным данным наиболее выраженное диуретическое действие показали: лист брусники, цветки календулы, трава пустырника, почки березы, листья толокнянки, спорыш, фенхель. Производящие растения достаточно хорошо и подробно изучены и давно применяются в научной медицинской практике. Определение состава биологически активных веществ сбора было начато с изучения веществ первичного обмена (аминокислот и состава, моно- и полисахаридов). Вещества первичного синтеза образуются в процессе ассимиляции, т.е. превращения веществ, поступающих в организм извне, вещества самого организма. К веществам первичного синтеза относят также белки, липиды, ферменты, витамины и органические кислоты.

Учитывая, что растительные сборы применяются в виде водных извлечений, в первую очередь, представляет интерес изучение состава тех групп биологически активных веществ, которые извлекаются водой, а именно полисахаридов и аминокислот.

Из 23 растений 11 обладают наиболее выраженным мочегонным действием, поэтому они входят в составы многих фитосборов урологического действия. Проведя скрининг официальных лекарственных растений с мочегонным действием, был разработан сбор с данным фармакологическим действием (таблица 2).

Таблица 2 - Состав мочегонного сбора

№	Наименование	Количество, в %
1	Листья брусники	25
2	Березовые почки	25
3	Листья мяты	25
4	Цветки календулы	25

Выбор данных лекарственных растений для сбора обоснован не только для обеспечения выраженного мочегонного эффекта, но и для обеспечения общеукрепляющего, успокаивающего, болеутоляющего, тонизирующего действия на организм человека (таблица 3).

Таблица 3 - Терапевтическое действие сбора

Лекарственное растительное сырье	Химический состав	Действующее вещество	Терапевтическое действие
Листья брусники	Фенологликозиды (арбутин, метиларбутин), гидрохинон, дубильные вещества конденсированного типа, флавоноиды (изокверцитрин, гиперозид и др.), хинная, урсоловая кислоты, соли магния и другие биологически активные вещества	Арбутин	Диуретическое, противомикробное, противовоспалительное, витаминное
Березовые почки	Эфирное масло, основными компонентами которого являются сесквитерпеновые соединения (бетулин, бетуленол, бетуленовая кислота, кариофиллен); смолы, дубильные вещества, флавоноиды, сапонины, макро- и микроэлементы и другие биологически активные вещества	Флавоноиды	Мочегонное и противовоспалительное, витаминное
Листья мяты перечной	Масло эфирное, в состав которого входит ментол, пинены, лимонен, феландрен, цинеол и другие терпеноиды. Кроме этого, препарат содержит флавоноиды, кислоту урсоловую и олеаноловую, бетаин, каротин, гесперидин, вещества дубильные, кислоты органические, микроэлементы	Эфирное масло	Седативное, спазмолитическое, слабое гипотензивное, желчегонное
Календула лекарственная	Каротиноиды, флавоноиды, полисахариды, полифенолы, органические кислоты	Каротиноиды, флавоноиды (каротин, ликопин, виолаксант)	Ранозаживляющее, противовоспалительное, бактерицидное

		ин, рутин)	
--	--	------------	--

Данные лекарственные растения в предложенный сбор входят в равных соотношениях.

Для организации технологии лекарственного сбора предлагается следующая схема производства:

- Подготовка помещений, оборудования и персонала.
- Измельчение лекарственного растительного сырья, каждый компонент по отдельности. (Листья и цветки не более 5 мм, березовые почки не более 3 мм).
- Просеивание каждого лекарственного растительного компонента.
- Смешивание лекарственного растительного сырья.
- Просеивание от пыли через сито 0,18 или 0,2 мм.
- Фасовка, упаковка и маркировка.
- Оценка качества и бракераж.
- Переработка отходов.

На рисунке 1 представлен сбор, прошедший все стадии, кроме упаковки.



Рисунок 1- внешний вид сбора

Согласно требованиям ГФ РК и Приказа МЗ РК от 19 ноября 2009 года № 754 «Об утверждении Правил составления, согласования и экспертизы нормативно-технического документа по контролю за качеством и безопасностью лекарственных средств» установлены следующие критерии качества и допустимые пределы для сбора: описание, идентификация, включающая макро- и микроскопическое описание, качественные реакции или гистохимические реакции, хроматографические исследования; числовые показатели (содержание биологически активных веществ; влажность; зола общая; зола, нерастворимая в 10% растворе хлористоводородной кислоты); допустимые примеси (измельченные частицы сырья, изменившие окраску; другие части растения, не подлежащие заготовке; органическая примесь; минеральная примесь); микробиологическая чистота; количественное определение; радионуклиды и тяжелые металлы (в соответствии с требованиями нормативных актов); микробиологическая чистота (категория 4 А по ГФ РК). Анализ трех серий показал соответствие сбора установленным требованиям. По содержанию тяжелых металлов и радионуклидов разработанный сбор относится к категории безопасных ЛРС и соответствуют установленным требованиям (таблица 4).

Таблица 4. Спецификация качества на сбор с мочегонным действием

Показатели качества	Нормы отклонений	Методы испытаний
Внешние признаки	Сырье представляет собой высушенные, измельченные фрагменты: листья брусники, листья мяты, почки березы, цветков календулы. Сырье представляет собой смесь коричневого, желтого, красного, зеленого цвета. При растирании выражается запах ментола. Сырье обладает кисловатым, освежающим вкусом.	ГФ РК Т.2, с.689, с.712, с.741; ГФ РК Т.3, с.739
Микроскопия	Микроскопическое исследование показывает смесь, состоящую из следующих фрагментов:	ГФ РК Т.1, ГФ РК Т.2,
Идентификация на арбутин и дубильные вещества	<i>Реакция с 10 % раствором натрия фосфорномолибденовым.</i> Синее окрашивание в результате реакции свидетельствует о наличии арбутина. <i>Реакция с раствором железа(III) аммония сульфата Р2.</i> Зеленовато-черное окрашивание свидетельствует о присутствии дубильных веществ.	ГФ РК Т.3
Количественное определение	Содержание арбутина - не менее 4,5 %, Содержание флавоноидов - не менее 2,0%, Содержание эфирных масел - не менее 0.2%	ГФ РК Т.1, ГФ РК Т.2, ГФ РК Т.3
Потеря в массе при высушивании	не более 10,0%	ГФ РК Т.2, с.689,
Золы общей	не более 4,0%	ГФ РК Т.2, с.689,
Органические примеси	не более 0,5%	ГФ РК Т.2, с.689,
Минеральные примеси	не более 0,5%	ГФ РК Т.2, с.689,
Микробиологическая чистота	аэробных микроорганизмов - не более 10^7 , дрожжевых и плесневых грибов - не более 10^5 , Escherichiacoli - не более 10^2	ГФ РК Т.1, с.479
Содержание радионуклидов	Содержание Cs ¹³⁷ не более 200 БК/кг Содержание Sr ⁹⁰ не более 50 БК/ кг	Сан-Пин от 27.02.2015г. №155 МНЭ РК
Тяжелые металлы	В соответствии с требованиями государственного органа	
Упаковка	Картонная коробка, выложенная внутри пергаментной бумагой по 50 г.	
Маркировка	утвержденный макет упаковки	АНД РК
Транспортирование	В соответствии с ГОСТ 17768-90 Е	АНД РК
Хранение	В сухом, защищенном от света месте	ГФ РК Т.1
Фармакологическое действие	Урологическое средство	

Вывод. Возросший интерес к природным лекарственным средствам, привел к активизации исследований, связанных с разработкой и внедрением в научную медицину новых сборов для лечения различных заболеваний. Многокомпонентные смеси из ЛРС обладают ценным преимуществом перед другими фитопрепаратами: возможность обеспечить основной

фармакологический эффект в сочетании с комплексным воздействием на организм больного в целом, а также мягкость действия и отсутствие, как правило, нежелательных побочных явлений. Они достаточно просты в промышленном производстве и относительно дешевы. Перспективность исследований в области разработки сборов определяется не только их терапевтической ценностью, но и наличием в Республике Казахстан достаточной сырьевой базы по многим видам лекарственных растений.

Литература:

- 1 Государственная Фармакопея Республики Казахстан. 1 том. – Алматы: «Жібекжолы», 2008. – 25 с.
- 2 Государственная Фармакопея Республики Казахстан. Т.2. – Алматы: «Жібекжолы», 2008. – 689, 690, 704, 705, 711 с.
- 3 Государственная Фармакопея Республики Казахстан. Т.3. – Алматы: «Жібекжолы», 2008. – 738, 739, 740 с.
- 4 Акопов, И.З. Важнейшие отечественные растения и их применение. / И.З. Акопов;— Ташкент: Медицина, 2009.- 667с.
- 5 Алехин, Е.К. Лекарственные растения. / Е.К. Алехин, Д.Н. Лазарева- М.: Медицина. 2010. - 256 с.
- 6 Ангархаева, Т.Г. Растения, используемые как желчегонные средства /Т.Г. Ангархаева // Тез. докл. регион, конф. по фармации. Пятигорск, 2014. - С.6.

МЕЙІРГЕРЛІК БІЛІМ БЕРУДЕ ІС-ӘРЕКЕТТЕРДІ ЗЕРТТЕУДІ ҚОЛДАНУ

**Орынбай Ардақ Айтмырзақызы,
Бурибекова Зауре Маратовна**

*«Мейіргер ісі негіздері» пәнінің оқытушылары
Шымкент қаласының ДСБ ШЖҚ “Жоғары медицина колледжі” МКК,
Қазақстан Республикасы, Шымкент қ.*

Аннотация. В данной статье рассматривается методология системного исследовательского процесса в области сестринского образования.

Annotation: This article discusses the methodology of the systematic research process in the field of nursing education.

Кілт сөздер: мейіргерлік білім беру, іс-әрекеттерді зерттеу, денсаулық сақтау саласындағы теңсіздік, көшбасшылық.

Мақсаты

Бұл мақаланың мақсаты - мейіргерлік білім беру саласындағы іс-әрекеттерді зерттеуді сипаттау және іс-әрекеттерді зерттеу бойынша ұсыныстарға арналған нұсқаулықтар мен мейіргерлік жоғары білім беру саласындағы іс-әрекеттерді зерттеудің ықтимал жарияланымдарының өлшемдерін қамтитын іс-әрекеттерді зерттеу анықтамасын ұсыну.

Тақырыптың өзектілігі

Кейбір елдерде іс-әрекеттерді зерттеу туралы жарияланымдар мейіргер ісінің жоғары оқу орындарында қол жетімді болғанымен, іс-әрекеттерді зерттеуді қолдануға байланысты пәндерде жиі кездеседі. Денсаулық сақтау саласындағы теңсіздік, көшбасшылықты дамыту мен ұйымдастыру және жалпы мейіргерлік практика мәселелерін шешуде іс-әрекеттерді зерттеуді қолдану айқын. Іс-әрекеттерді зерттеу білім берудің барлық деңгейлерінде де кеңінен қолданылады.

Көптеген пәндер бойынша іс-әрекеттерді зерттеудің өсіп келе жатқан қолданылуына және медбикелердің жоғары білім беру нәтижелерін зерттеу қажеттілігіне байланысты мейіргерлік білім берудегі іс-әрекеттерді зерттеуді сипаттау үшін медбикелердің жоғары білім берудегі іс-әрекеттерді зерттеу әдебиеттеріне шолу жасалды.

Әдістері

Бұл зерттеудің бірінші бөлімі 1994 жылдан 2021 жылға дейін жоғары мейіргерлік білім беру саласындағы іс-әрекеттерді зерттеу бойынша әдебиеттерді іздеуді қамтыды. Іздеу CINAHL және MEDLINE дерекқорларында жүргізілді. Анықталған критерийлерді қолдана отырып, 80 жарияланым қаралды.

Зерттеудің екінші бөлімінде осы шолудағы мақалаларды бағалауға көмектесетін бірнеше пәндердің іс-әрекеттерін зерттеу әдістемесі бойынша әдебиеттерге шолу жасалды.

1.1 Әдебиетке шолу мейіргер ісіндегі іс-әрекетті зерттеу процесі

Бұл зерттеудің бірінші бөлімі іс-әрекеттерді зерттеумен байланысты жоғары мейіргерлік білім саласындағы әдебиеттерді іздеуді қамтыды. Іздеу CINAHL және MEDLINE дерекқорларында "action research" және AND education іздеу жолдарын, соның ішінде 1994 жылдан 2021 жылға дейінгі барлық мақалаларды қолдана отырып жүргізілді. Бастапқыда олар диссертациялар, конференция тезистері немесе мейіргер практикасына қатысты мақалаларды қоспағанда, әр тақырып пен рефератқа шолу жүргіздік. Сондай-ақ, орта білім беру оқу орнынан кейінгі үздіксіз білім беру мен мейіргерлік білімге тікелей қатысы жоқ тармақтар, сондай-ақ жүйелі зерттеу процестерінің сипаттамаларын ұсынбағандар алынып сараланды.

Бастапқы шолуды аяқтай отырып, іс-әрекеттерді зерттеудің дәйекті анықтамасының болмауы шолуға қандай мақалаларды енгізу керектігін анықтадық. Мақалаларды бастапқы шолу негізінде іс-әрекеттерді зерттеудің жұмыс анықтамасы жасалды. Содан кейін қалған 80 дәйексөз егжей-тегжейлі қарастырылды.

1.2. Іс-әрекеттерді зерттеу анықтамасын құру

Зерттеу барысында іс-әрекеттерді зерттеу тәсілдеріндегі көптеген өзгерістер мейіргерлік білім туралы әдебиеттерді шолуда айқын анықталды. Мейіргер ісі туралы мақалаларға шолу бастапқыда жоғары мейіргерлік білім беру саласындағы іс-әрекеттерді зерттеуді қамтитын барлық зерттеу мақалаларын қарастырдық. Алайда, жоғарыда айтылғандай, жоғары білім туралы мақалаларды қарау кезінде "іс-әрекеттерді зерттеудің" көптеген нұсқалары табылды. Сондықтан шолуға мақалаларды қосу критерийлерін әзірлеу үшін іс-әрекеттерді зерттеудің анықтамалары мен негізгі тұжырымдамаларына шолу жасадық. Келесі параграфтарда әртүрлі пәндерден іс-әрекеттерді зерттеудің анықтамалары да, негізгі ұғымдары да бар.

Іс-әрекетті зерттеу әдістері Фрейре, Левин және Шен сияқты көптеген кең философиялық және теориялық дәстүрлерге негізделген. Іс-әрекетті зерттеуді пәндерде қолданудың әртүрлі дәстүрлері мен тәсілдері іс-әрекетті зерттеудің алуан түрлілігін қамтамасыз етеді. Сонымен қатар, пәндер шеңберіндегі іс-әрекеттерді зерттеу анықтамалары көбінесе әртүрлі компоненттерді баса алады. Зерттеу есебінде осы дәстүрлерді және анықтамаларды талқылау зерттеуді қалыптастыру үшін маңызды ақпарат бере алады және ұсынылады. Мысалы, ұйымдық даму әдебиеттерінде іс-әрекетті зерттеу-бұл "зерттеушінің проблемамен ұзақ мерзімді байланысы арқылы зерттеу және оқыту процесін" қамтитын зерттеуге, жоспарлауға, теориялауға, оқытуға және дамытуға бағытталған іс-шаралар спектрін сипаттайтын термин. Білім берудегі іс-әрекеттерді зерттеуге тағы бір маңызды сілтеме осы терминнің іс-әрекеттерді де, зерттеулерді де қамтитынын түсіндіреді, сондықтан зерттеу компоненті үшін деректерді жинаудың жүйелі процестері болуы керек. Зерттеудегі "әрекет" қолданылатын процесті бағалауды немесе уақыттың өзгеруін көрсетуді қамтуы мүмкін, екеуі де деректерді жинаудың нақты процестерін қажет етеді. Білім беру зерттеулерінде жиі қолданылатын іс-әрекеттерді зерттеу оқыту мен оқуды біріктірудің тәсілі ретінде алға жылжуда. Кеммис іс-әрекеттерді зерттеу арқылы білімнің де, нәтиженің де маңыздылығын алға тартады. Әлеуметтік ғылымдар тұрғысынан ақыл мен Брэдбери іс-әрекетті зерттеуді маңызды мәселелерді шешу үшін практикалық білімді дамытуға қатысу процесі ретінде сипаттайды.

Зерттеу барысында журналда жарияланған іс-әрекетті зерттеу жөніндегі әдебиеттерге жүйелі шолуда зерттеу процестерінің кейбір анықтамалары бар болғанымен, олар мейіргерлік білім беру саласындағы зерттеулер мен жарияланымдарға жеткілікті бағыт бермейді.

Іс-әрекетті зерттеу әдістемесі - бұл зерттеуші тұжырымдай алатын жүйелі зерттеу процесі, оның ішінде деректерді жинау және талдау, сонымен қатар уақыт өте келе жағдайды өзгерту мақсатында негізгі зерттеушілермен немесе басқалармен ойлау және талқылау.

Бұл анықтама зерттеуді әзірлеуге және жариялауға көмектесетін зерттеуші тұжырымдай алатын жүйелі зерттеу процесін қажет етеді. Зерттеуші тұжырымдай алатын компонентті қосу өте маңызды, өйткені іс-әрекетті зерттеу процестің үлкен өзгергіштігін қамтуы мүмкін, бірақ зерттеудің қалай

жүргізілгенін сипаттау қажеттілігі мейіргерлік білім беру саласындағы зерттеулерді дамыту және тарату үшін маңызды. Деректерді жинау мен талдауды тарту мейіргер ісінде қажетті зерттеу нәтижелерін анықтау үшін қажет.

1.3. Клиникалық зерттеулерді қолдану

Зерттеу жұмыстарын жүргізуде және мақалалар үшін клиникалық тәжірибе - оның мақсаты, дизайны, зерттеуге байланысты маңызды. Клиникалық жағдайда білім алушылар мен мейіргерлер арасындағы байланысты жақсарту бойынша жүргізілетін жұмыстар:

- мейіргер білім алушылардың терапевтік байланысын жақсарту үшін жаңа оқыту стратегиясын әзірлеу;
- теория мен практика арасындағы алшақтықты жақсарту үшін жаңа клиникалық рөлді дамыту;
- білім алушыларды ұзақ мерзімді күтім жағдайында жұмыс істеуге үйрету;
- модельдеу негізінде оқыту кезінде кәсіби ынтымақтастықты дамыту;
- білім алушыларды бағалаудың жаңа стратегияларын қолдану.

Білім алушыларды бағалаудың кейбір стратегиялары портфолио тәсілін қамтыды және білім алушыларды бағалауға науқастарды араластыру. Шолу әдебиетіндегі іс-әрекеттерді зерттеу барысында қарастырылған жағдайлар мен проблемалардың әртүрлілігі іс-әрекеттерді зерттеу мейіргерлік білімнің клиникалық аспектілерінде мейіргер ісінің нәтижелері туралы білімді арттыру үшін қалай қолданылғанын көрсетеді.

Мейіргерлік білім беру саласындағы қоғамдық денсаулық сақтауды практикалық зерттеудің мысалы дәстүрлі зерттеу тәсілдерін қолдана отырып, өте маңызды, бірақ қиын саланы сипаттайды. Оқытушылар бірлескен шешім қабылдауды және білім алушылардың тәжірибесімен байланысты әртүрлі контексттерді қоса алғанда, қоғамдастық пен білім алушылардың оқу материалдарын әзірлеуге бірлескен көзқарасты қолдаймыз. Мейіргерлер кооперативті зерттеудің пайдаланылатын зерттеу дәстүрін сипаттайды және оқытушылар мен білім алушылар арасындағы ынтымақтастық процесін тұжырымдайды. Жобаның нәтижелері білім алушыларға клиникалық шешім қабылдауға көмектеседі. Осы зерттеу жұмысының нәтижелері іс-әрекеттерді ынталандырады, сонымен қатар курс модульдеріне мысалдар келтіреді. Іс-әрекеттерді зерттеу әдіснамасында зерттеу процесі де, зерттеу өнімі де білім береді және жобаның "тиімділігіне" ықпал етеді. Бұл зерттеу процесі зерттеушілерге зерттеу дәстүрін таңдау, нәтижелерді анықтау жолдарын меңгертті.

Қорытынды

Бұл зерттеу жұмысында мейіргер ісінің жоғары білім беру әдебиетіндегі іс-әрекеттерді зерттеуге шолу жасадық. Практикалық мақалалардың алдыңғы шолуы осы саладағы іс-әрекеттерді зерттеу анықтамаларын нақты және тиімді анықтаманы ұсынды. Бұл анықтама іс-әрекеттерді зерттеу анықтамаларына шолу жасауға да, мейіргерлік білім беру саласындағы іс-әрекеттерді зерттеу

мақалаларына шолу жасауға негізделген. Содан кейін анықтаманың көптеген компоненттері жоғары білім берудегі іс-әрекеттерді зерттеу әдебиеттерінің көлемін сыни бағалау үшін қолданылды.

Іс-әрекеттерді зерттеу анықтамасына негізделген нақты және қайталанатын мысалдар мейіргерлік оқытушылар жүргізетін оқыту жобалары мен сыни бағалау түріндегі зерттеу әлеуетін көрсету үшін қажет. Көптеген мақалаларда мейіргерлік білімнің нәтижелері дәлелденгенімен, қолданыстағы әдебиеттерді жалпылау іс-әрекеттерді зерттеуді жоғары мейіргерлік білімге қолданудың сансыз және әр түрлі тәсілдеріне байланысты одан да қиын болды. Жоғары мейіргерлік білім беру нәтижелері туралы терең білімді дамытуға көмектесу үшін келесі ұсыныстар жасадық:

- зерттеуді дамыту критерийлерін қолдану үшін осы шолуда келтірілген нақты және тиімді анықтаманы қолданыңыз.
- мейіргерлік білім беруде қолдану үшін іс-әрекеттерді зерттеудің тиімді және тиімді түйіндемесін жасау және жетілдіру.

Жоғары мейіргерлік білімді жақсарту үшін жаңа білім беру әдісі қажет, ал практикалық зерттеулерді қолдану бұл оңтайландыруға көмектеседі. Іс-әрекеттерді зерттеу арқылы зерттеуге ақпарат, басқалармен ынтымақтастық және уақыт өзгерістері сияқты айнымалылар кіруі мүмкін. Мейіргерлік білім беруді жетілдіру болашақ клиницистер үшін ғылыми деректерді пайдалануға мүмкіндік беретін клиникалық практикаға, пәнаралық оқыту процесі мен нәтижелеріне, мейіргер ісі мамандары үшін оқытудың үздік практикаларына білімді тиімді беруді одан әрі дамытуды қамтуы тиіс.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Американдық Мейіргер ісі колледждерінің қауымдастығы, "2014-2016 қаржы жылына арналған Стратегиялық жоспардың мақсаттары мен міндеттері", 2016, <http://www.aacn.nche.edu/about-aacn/strategic-plan>.
2. J. M. Phillips, J. Resnick, M. S. Boni et al., "Voices of innovation: building a model for curriculum transformation", *International Journal of Nursing Education Scholarship*, vol. 10, no. 1, pp. 1-7, 2016.
3. S. Kotcherlakota and H. Keeler, "Мейіргер ісі мұғалімдері арасындағы академиялық жұмыстың ынтымақтастығы мен байланысын жеңілдету үшін оқу қоймасын құру", *Nurse Educator*, vol. 39, no. 3, pp. 113-117, 2017.
4. М. Селкриг пен К. Кими, "таңдануға дайын болуға көмектесу: жақын адамдардан коллегиялық әңгімелерге көшу, педагог-педагогтар үшін терең және сыни рефлексияны ынталандыру", мұғалімдер мен оқыту: Теория және практика, 21-том, № 4, 421-436, 2016 беттер.
5. C. P. Pavlish and M. D. Pharris, *Community-Based Collaborative Action Research: A Nursing Approach*, Jones & Bartlett Learning, 2017.
6. Гернси де Сапиен, п. м. Герман және С. С. Карвахал, "қоғамдық медицина қызметкерлері фокус-топтардың фасилитаторы ретінде: алғашқы медициналық-санитарлық көмек жағдайында ауылшаруашылық қызметкерлеріне мінез-құлық медициналық қызметтерін жақсарту

бойынша бірлескен әрекеттерді зерттеу әдісі", Action Research, vol. 13, no. 1, pp. 48-64, 2017.

7. Б. Дьюар мен Ф. Кук," қарым-қатынасқа бағытталған ризашылық білдіретін көшбасшылық бағдарламасы арқылы жанашырлықты дамыту", Nurse Education Today, vol. 34, no. 9, pp. 1258-1264, 2018.

МЕЙІРГЕРЛІК ІСТЕ БІЛІМ БЕРУ МЕН ҒЫЛЫМИ ЗЕРТТЕУЛЕРДЕГІ ДӘЛЕЛДІ ТӘЖІРИБЕНІҢ МАҢЫЗЫ

Т.Қ. Назарқұлова,

арнайы пәндер оқытушысы

Түркістан қаласы «Түркістан» көпсалалы жоғары медицина колледжі

Түркістан қ., Қазақстан Республикасы

Аннотация. *В статье изложены основные положения сестринского исследования рассматривается важность доказательной информации в медицине. Приведены перечень и характеристики электронных источников информации, основанные на подтвержденном исследовании сестринского дела.*

Аннотация. *The article presents the main provisions of nursing research and considers the importance of evidence-based information in medicine. The list and characteristics of electronic sources of information based on the confirmed research of nursing are given.*

Түйін сөздер: мейіргер ісі, мейіргерлік зерттеулер, дәлелді медицина.

Қазіргі таңда мейіргер ісіндегі дәлелді практика белсенді дамып келе жатқан бағыттардың бірі және бірегейі болып табылады. Оның мақсаты- мейіргерлердің жұмыс сапасын арттыру. Бұл бағыт мейіргерлік диагностика және жалпы мейіргерлік процесс сияқты қазіргі заманғы мейіргерлік көмек көрсету қағидаттарымен табысты интеграцияланады.

Тақырыптың өзектілігі. Дәлелді практика - клиникалық зерттеулердің шынайылығын және олардың нәтижелерінің медициналық тәжірибеде қолданылуын бағалайтын ғылыми методология.

Онтарио қаласындағы канадалық Мак-мастер университетінің (McMaster University) клиникалық эпидемиологтары ұсынған дәлелді медицина (ДМ) тұжырымдамасының авторлары медицинада жұмыс істейтін мамандарға ғылыми медициналық әдебиетте келтірілген шынайы факторларды талдаудауларды медициналық көмек көрсету туралы шешім қабылдау кезінде бірнеше бағыттарын басшылыққа алуды ұсынуда соларды талдасақ, олар мыналар:

- Ғылыми-дәлелді практика шешім қабылдау бостандығына кепілдік береді, егер ол шешіміңіз түсінікті және дұрыс қабылданатын болса;

- Дәлелді практика-әдебиеттердегі мәліметтерді сүзіп, нақты дәлелдерге және жеке тәжірибені ескере отырып, дәлелденген дұрыс шешім қабылдауға мүмкіндік береді.
- Дәлелді медицинаның маңызды принципі– сенімді деген ақпараттарға сүйене отырып, медициналық шешімдерді қабылдау.
- Дәрілердің спецификалық әсер ету механизмі болуы керек.
- Олар белгілі бір ауру кезінде сынақтан өткізілуге тиісті.
- Дәрінің әсер ету уақыты дұрыс анықталған болуы керек.
- Көп жағдайда дәрінің нәтижесі байқалуы керек.

Дәлелді тәжірибені қолданудағы клиникалық практикалық жетекшілік (КПЖ) – күнделікті медициналық қызмет көрсетуді жақсарту, жетілдіру, сол сияқты емдеудің нәтижесін жақсарту үшін қолданылатын инструмент (жетекшілік, нұсқау, ұсыныс). Медициналық зерттеу нәтижелері мейіргерге не істеу керектігі туралы жазылған «нұсқаулар» арқылы тәжірибеге енгізіледі және Денсаулық сақтау министрлігімен бекітіледі. Нұсқаулардың мақсаты- мейіргерлерге науқастарды емдегенде дұрыс әрекетті таңдауға көмектесу. ДМ-нің принциптерін қолдану жолдарыклиникалық практикалық жетекшілік пен хаттамаларда беріледі. Олардың арасындағы айырмашылық КПЖ мейіргерлердің жұмысына қажет(ғылыми зерттеулердің нәтижесін өзінің күнделікті жұмысының сапасын жақсарту үшін қолданады. Мысалы: ең тиімді, пайдалы және шығынды аз қажет ететін емнің, диагностиканың түрін таңдау).

КПЖ-нің негізінде хаттамалар, емдеу және күту алгоритмі, клиникалық ұсыныстар, шұғыл көмек көрсету алгоритмі, диагностика және емдеу стандарты құрастырылады.

Сонымен қатар, дәлелді зерттеулерге негізделген шетелдік ақпарат көздері қазіргі жағдайда клиникалық мейіргерлердің зерттеуге оңтайлы тәсілдерді іздеу үшін дәлелді медицина принциптеріне негізделу керек. Дәлелді ақпаратты пайдаланбас бұрын оларды табу қажет.

Қазіргі уақытта кез келген ғылыми ақпаратты тұрақты, жаңартылған түрде, қажетті ақпараттарды компьютерлік деректер базасынан жедел іздестіріп және жүзеге асыруға мүмкіндік береді.

Мейіргерлік тәжірибе бойынша дәлелді ақпаратты қамтитын бүгінгі күні ең маңызды деректер базасын қарастырсақ, олар: CINAHL (www.cinahl.com), MEDLINE, pubmed (<http://www.pubmed.com>), Evidence-Based Nursing (<http://ebn.bmjournals.com>), Кокран кітапханасы (The Cochrane Library) (<http://www.theCochraneLibrary.com>), Clinical Evidence (<http://www.clinicalevidence.com>).

Қорыта келгенде, бізге «Дәлелді тәжірибені қолдануда» дәлелді медицина негіздері бойынша білім беру бағдарламасын жүйелі түрде қалыптастыруға мүмкіндік берді. Қазіргі медициналық білімді: ол клиникалық білім беру немесе денсаулық сақтау жүйесін басқару және менеджмент бойынша білім беру болсын, дәлелді практика негіздерінсіз елестету мүмкін емес. Мейіргерлік істе зерттеу жүргізудің түпкі мақсаты-мейіргерлік тәжірибенің сапасын арттыру. Ал мейіргерлік тәжірибенің сапасын арттыру

үшін мейіргерлер зерттеуге қажетті дәлелді ақпараттарды қолдана білуді, ақпаратты қалай дұрыс пайдалану, қандай жарияланымдар мен ұсыныстарға сенім білдіру керектігін білуі тиіс. Пациенттерге көмек көрсету барысында жасалатын іс-әрекеттердің барлығы дәлелденген медицинаға негізделген болуы маңызды. Осы зерттеу барысында шетелдек дәлелді ақпарат көздері қарастырылды. Және де Қазақстандағы Мейіргер ісін жетілдіру орталығы (МІЖО) мейіргерлерге адамдардың денсаулығын жақсарту үшін медициналық көмектің сапасын арттыруға мүмкіндік бере отырып, мейіргер ісінің тәжірибесін жақсартуға өз үлесін қосады деп күтілуде.

Әдебиеттер тізімі:

1. Доказательная сестринская практика: Формулированиевопросадля поиска доказательной информации.Типы исследований. Электронные базы данныхН.В. Торчинский, канд. мед. наук, А.Ю.Бражников, канд. мед. НаукММА им. И.М. Сеченова:<https://docplayer.ru/56380324-Dokazatelnaya-sestrinskaya-praktika.html>
 2. Гринхальх, Т. Основы доказательной медицины: учебное пособие для студ. высш. мед. учебных заведений и сист. послевуз. проф. образования / Т. Гринхальх; пер. с англ. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 240 с.
 3. Торчинский Н.В., Бражников А.Ю. «Доказательная сестринская практика. Оценка достоверности диагностических методов». Медицинская сестра. - 2010. - № 6. - С. 27-33
 4. Торчинский Н.В., Бражников А.Ю. «Введение в доказательную сестринскую практику». Медицинская сестра. - 2008. - № 4. - С. 32-33
- Интернет көздері:
5. <http://medobr.ru/>
 6. <http://bono-esse.ru>

МЕЙІРГЕР ІСІНІҢ ҚОЛДАНБАЛЫ БАКАЛАВРЛАРЫН ДАЙЫНДАУДАҒЫ МЕЙІРГЕР ҚҰЗЫРЕТТЕРІНІҢ НЕГІЗГІ БАҒЫТТАРЫ

**Байдалиева Мейрамкүл Ғалымжанқызы,
Бижанова Айгерім Дүйсеналықызы,
Касимова Камила Курбанбаевна,
Көшкінбаева Мөлдір Талғатқызы**

*Арнайы пәндер оқытушылары
Шымкент қ. ДСБ ШЖҚ «Жоғары медицина колледжі» МКК,
Қазақстан Республикасы, Шымкент қаласы*

Аннотация. *Профессиональное пространство медсестер мобильно и активно развивается, поэтому его необходимо постоянно развивать, чтобы иметь возможность принимать самостоятельные и ответственные решения*

в рамках своей компетенции. Это требование во многом отвечает за организацию учебного процесса на основе компетенций.

Annotation. *The professional space of nurses is mobile and actively developing, so it must be constantly developed, to be able to make independent and responsible decisions within its competence. This requirement is largely responsible for organizing the educational process on the basis of competence.*

Кілт сөздер: мейіргер ісі, инновация, инновациялық білім беру технологиясы, кәсібилік, мейіргер құзыреттілігі, құзыреттер матрицасы.

Өзектілігі. Қазақстан Республикасының білім беру саласындағы мемлекеттік саясаттың стратегиялық мақсаты – экономиканың инновациялық дамуының талаптарына, қоғамның және әрбір азаматтың заманауи қажеттіліктеріне сай сапалы білімнің қолжетімділігін арттыру. Сондықтан білім беру саласының сапасын арттыру бүгінгі күннің өзекті мәселесі болып отыр [1].

Бүгінгі күні инновация – білім берудің мақсатына, мазмұнына, оқу-тәрбие түрлері мен әдістеріне, оқытушы мен білім алушының бірлескен іс-әрекетін ұйымдастыруға жаңалықтар енгізіп, кәсіби педогогикалық ойлау стилін өзгертуде. Инновациялық білім беру технологиялары білім алушылардың шығармашылық ойлау жүйесін қалыптастыруға, олардың оқу, тәжірибелік немесе шығармашылық тапсымаларды орындай алу қабілеттерін, сондай-ақ болашақ мамандардың кәсіптік құзыреттілігін қалыптастыруға бағытталған [2].

Қазіргі кезде шығармашыл ойлай алатын, әлеуметтік және кәсіби белсенділікке, жаңа заманғы еңбек нарығында бәсекелестікке және ұтқырлыққа ие мамандарға сұраныс өте жоғары. Жоғарғы оқу орындарында білім алушы мейіргерлердің кәсіптік құзыреттіліктерін қалыптастыру мәселесі қазіргі таңда ғылыми пайымдаудың негізі болып табылады [3].

Мейіргер ісін дамыту үрдісі мен мейіргер кәсібі денсаулық сақтаудың заманауи жүйесінде олардың рөлін барынша күшейтеді. Басында мейіргер орта медициналық қызметкерге жатқызылған, дәрігердің көмекшісі саналып, дәрігердің тағайындауы бойынша мейіргерлік күтімін жасады, ал қазіргі уақытта ғылыми тәсілдер мен дәлелді тәжірибеге негізделген мейіргер ісінің заманауи теориялары мейіргерді өзінің шешімдерін дәрігерге тәуелсіз қабылдайтын, дәлелді мейіргер күтімін, оны мейіргер құжаттамасында көрсетіп, жоспарлайтын және жүзеге асыратын, дәрігердің тең әріптесі ретіндегі мейіргер. Дәрігерлердің көмекшісі ретінде мейіргердің дәстүрлі рөлі біртіндеп өзгеріп келеді және денсаулық сақтауды реформалау саясатында қажеттілердің бірі болып табылады [4].

Денсаулық сақтау жүйесіндегі реформалау үдерісі мен науқастарға көрсетілетін медициналық көмектің жаңа түрлерін енгізу мейіргерге жоғары біліктілікті, терең білім мен икемділікті, белгілі коммуникативтік дағдыларды, сонымен қатар қажетті кезде ұйымдастырушы және жауапты орындаушы ретінде, техникалық тұрғыда күрделі медициналық аппараттармен жеңіл жұмыс жасай білуді, жоғары мәдени дәрежедегі және әрдайым шығармашылық ізденісте болуды талап етеді. Мейіргер ісі маңызды кадрлық ресурстармен және

халықты нақты потенциалды мүмкіндіктер мен қолжетерлік медициналық көмекпен қамтамасыз ететінін ескерсек, оның жұмысын жақсарту мақсатында мейіргердің қызметін оңтайландыру жолдарын қарастыру қажеттігін қазіргі негізгі мәселе ретінде көтеру керек [5].

Қазақстанның Болон процесіне енуі білімді, кәсіптік стандарттарды, біліктілік пен лауазымдық ұстанымдарды Еуропалық директиваларға, оның ішінде мейіргер ісі бойынша да, сәйкестікке келтіру қажеттілігін ұсынады. Мейіргер көмегі денсаулық сақтау жүйесінде бүгіндері кәсіби қызметтің жеке саласы болып табылуда [6]. Ғылыми зерттеулердің сараптамасы жоғарғы білімді мейіргерлердің кәсіби құзыреттіліктерін қалыптастыру мейіргер ісінің дамуында маңызды рөл атқаратынын дәлелдеп отыр [7].

Зерттеудің мақсаты. Жоғары медицина колледжінде «Мейіргер ісінің қолданбалы бакалаврларын» дайындаудағы мейіргер құзыреттерінің негізгі бағыттарын бағалау.

Зерттеудің материалдары мен әдістері. Зерттеу барысында оқытушылар мен білім алушылар арасында мониторинг және бағалау жұмыстары жүргізілді. 0302000 «Мейіргер ісі» мамандығы, 0302054 «Мейіргер ісінің қолданбалы бакалавры» біліктілігінің білім беру бағдарламасы бойынша білім алушылардың оқу-тәжірибелік қабілеттерін, негізгі және кәсіби құзыреттіліктерін анықтау мақсатында 2009, 2012жж. ҚР МЖМБС бойынша құзыреттер матрицасы қолданылды.

ТЖКББ бойынша мейіргерлер құзыреттерінің негізгі бағыттары (Финляндиядағы қолданбалы ғылымдар университеттерінің мамандарымен бірлескен жобасы бойынша):

1. Білім (өзін-өзі дамыту, ақпараттық және компьютерлік технологиялар).
2. Этика (әлеуметтік өмір, этикалық принциптер, эстетика).
3. Байланыс және командалық жұмыс.
4. Денсаулықты нығайту (салауатты өмір салты, мониторинг, кеңес беру).
5. Қауіпсіздік және сапа (зиянды факторлардан қорғау, қауіпсіздік және сапалы технологиялар, стандарттар).
6. Клиникалық құзырет (мейірбикелік күтім, реабилитация, дәлелді мейірбике тәжірибесі).

Мейіргер ісінің қолданбалы бакалавры құзыреттерінің негізгі бағыттары (Финляндиядағы қолданбалы ғылымдар университеттерінің мамандарымен бірлескен жобасы):

1. Оқыту (өзін-өзі дамыту, топтық оқыту, ақпараттық басқару, сыни ойлау және шешім қабылдау).
2. Кәсіпқойлық (кәсіби этика, рөлдер мен жауапкершілік, мінез-құлық, оң жұмыс ортасы).
3. Байланыстар (қарым-қатынас дағдылары, ақпараттық-коммуникациялық технологиялар, төзімділік, ағылшын тілін білу).
4. Инновациялар.
5. Клиникалық мейіргер ісі (қауіпсіздік, клиникалық дағдылар мен білім, науқастарға бағытталған мейіргерлік күтім, мейіргер құжаттары).

6. Ғылыми тәсіл және дәлелді мейіргерлік тәжірибе.

7. Менеджмент және сапа.

8. Денсаулықты нығайту (салауатты өмір салты және денсаулығын нығайту, әлеуметтік маңызды ауруларды басқару, денсаулықты жақсарту саясаты).

9. Білім беру және көшбасшылық (клиникалық контексте тренингтер, оқыту әдістері мен материалдары).

Осылайша, құзыреттер циклден циклге дейін өсетін білімді, білімдерді қолдануды, дағдыларды, көзқарастарды және міндеттерді қолдануды қамтиды. Бағдарламаны құрастырған кезде құзыретті қалыптастыру үшін қандай модульдер қолданылатыны туралы келісілген шешім қабылдау қажет.

Құзыреттілік тәсілін енгізу оқу үрдісінің барлық компоненттеріне елеулі әсер етеді және білім беру мазмұнын, оқыту әдістемесін және ЖОО-ның мониторинг және бағалау жүйесін дәстүрлі түрде қайта қарауды қажет етеді.

Қазіргі кезеңде білім берудегі құзыреттілік тәсілін енгізу кәсіптік білім берудің негізгі мақсатын – еңбек нарығында бәсекеге қабілетті, білікті, жауапты, әлемдік стандарттар деңгейінде тиімді жұмыс істеуге қабілетті, тиісті деңгейдегі және мамандандырылған білікті мамандарды оқытуды қамтамасыз етеді.

Зерттеулердің нәтижелері. 2009ж., 2012ж. ҚР МЖМБС пайдалана отырып, құзыреттер матрицасын жасалды. Құзыреттер матрицасында «Мейіргер ісінің қолданбалы бакалаврларының білім беру бағдарламасы бойынша білім алушылардың негізгі және кәсіби құзыреттілік дәрежелері, болашақ мейіргерлерді оқытуда қолданылатын дисциплиналар мен оларға қойылатын талаптар тізбегі көрсетіліп, дисциплиналардың көрсетілген талаптарды қамту деңгейі қарастырылды.

Қорытынды. Құзыреттілік тәсілін енгізу оқу үрдісінің барлық компоненттеріне елеулі әсер етіп, білім беру мазмұнын, оқыту әдістемесін және ЖОО-ның мониторинг және бағалау жүйесін дәстүрлі түрде қайта қарауды қажет етеді.

Осылайша, қазіргі кезеңде білім берудегі құзыреттілік тәсілін енгізу кәсіптік білім берудің негізгі мақсатын – еңбек нарығында бәсекеге қабілетті, білікті, жауапты, әлемдік стандарттар деңгейінде тиімді жұмыс істеуге қабілетті, тиісті деңгейдегі және мамандандырылған білікті қызметкерлерді оқытуды қамтамасыз етеді. Заманауи білімнің үлгілі нәтижесі – білікті маман болуы керек, ал нақты нәтиже – білім беру мекемесінде көрсетілген мақсаттарға қол жеткізу үшін жағдай жасау.

Тұтастай алғанда, мамандарды даярлаудың құзыреттер және пәндер тізбесін жетілдіру үдерісінде тек қана оқу орындарының немесе жұмыс берушілердің профессорлық-оқытушылық құрамының пікірлеріне ғана емес, сондай-ақ оқытудың тәжірибесіне, білім беру сапасындағы үрдістерге талдау жасау керек.

Болашақ мейіргер ісі мамандарының тұтас құзыреттілігін қалыптастыру және дамытуда оқытушылар тарапынын ерекше назар аудару керектігі ұсынылды.

Әдебиеттер тізімі

1. Қазақстан Республикасының «Білім туралы» Заңы, 27 шілде 2007 жыл, №319. (2017.28.12. берілген өзгерістер мен толықтыруларымен).
2. Методология и опыт инновационной деятельности в системе профессионального образования: Коллективная монография / Г. В. Мухаметзянова, Н. Б. Пугачева, Г. А. Шайхутдинова. - Казань : Медицина, 2011. - 406с.
3. Левина В.А. Формирование профессиональной компетентности специалиста сестринского дела с квалификацией базового среднего профессионального образования: Автореф. дисс. канд. пед. наук. - Саратов, 2004г.
4. Загороднова Г. А. Характеристика удовлетворенности трудом и производственная мотивация медицинских сестер // Главная медицинская сестра. - 2008. - № 3. - С. 43-49.
5. Материалы III Всероссийского съезда средних медицинских работников, Екатеринбург 2009, Часть 1.
6. Мейірбикелер мектебін дамытудың тұжырымдамасы. ҚР Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының ауруханасы 17.11.2015ж., №17 хаттамасы.
7. Нестерова Н.Л. Формирование профессиональной компетентности у студентов медицинских училищ в условиях профессионально-рефлексивного тренинга: Автореф. дисс. канд. пед. наук. - Москва, 2010г.

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

Е.В. Индершиева, С.К. Жарылкасынова, Э.Б. Оналтай
*преподаватели кафедры «Прикладной бакалавр сестринского дела»,
ТОО «Республиканский высший медицинский колледж»,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Аннотация. Мақалада мейірбике ісінде зерттеу кезеңдері ұсынылған. Мақаланың мазмұны қолданбалы бакалавриат студенттерінің дәрісіне арналған материал бола алады.

Annotation. The article presents the stages of research in nursing. The content of the article can serve as a material for a lecture class for students of applied bachelor's degree.

Ключевые слова: научные исследования, сестринское дело, этапы исследования.

Научные исследования - одно из новых направлений развития в этой профессиональной сфере. Анализ зарубежного опыта указывает на качественные изменения в системе оказания медицинской помощи населению в связи с внедрением в практику лечебных учреждений результатов сестринских исследований [1].

Цель сестринских исследований - изучить потребности пациентов, передовой опыт медработников, чтобы достичь желаемых результатов лечения пациентов с максимальной эффективностью и минимальными затратами [2].

Различают следующие этапы научного исследования:

1. Выбор темы исследования.
2. Работа с литературой.
3. Определение цели и задач.
4. Формулировка названия работы.
5. Определение объекта и предмета исследования.
6. Разработка гипотезы.
7. Выбор методов исследования.
8. Составление плана исследования.
9. Получение разрешения у Локальной этической комиссии (ЛЭК).
10. Проведение исследования.
11. Обработка результатов исследования.
12. Формулирование выводов.
13. Оформление работы.

Выбор темы исследования

Выбрать тему помогает анализ научных статей, общение с преподавателями кафедр. Полезно общаться с коллегами, слушать их критику. При проектировании научного исследования можно опираться на предыдущие работы и продолжить углубленное изучение данной тематики. Повторение предыдущих исследований является уважаемым и важным способом развития науки. Реплицирование - это повторное исследование, которое проводится, чтобы определить воспроизводимы ли результаты проведенного ранее исследования, так как одно или два исследования с малой выборкой не являются достаточным доказательством.

На практике проблема, выявленная в начале исследования может изменяться, дополняться или уточняться в результате беседы с коллегами, обзора литературы, результата пилотного исследования. Финансирование и спонсорство могут побудить расширить объем исследования.

Работа с литературой

Для изучения необходимой информации применяются действующие базы данных местного, регионального, республиканского и международного уровней. Это могут быть приказы, документы, статьи, книги, а также базы данных: CINAHL, MEDLINE, PubMed, e-library. Поиск литературы по

материалам конференций повысит осведомленность о передовых знаниях (т.к. они печатаются до публикаций). Необходимо проверить авторитетность интернет-журнала, чтоб узнать, рецензируется ли он [3].

Определение цели и задач исследования

Цель исследования определяет основные переменные и указывает на методологию и дизайн. Цель исследования обычно формулируется одним предложением. Если это количественное исследование, то цель обращается к распространенности, причинно-следственным связям, которые должны быть проанализированы статистическим анализом. Цель качественного исследования - раскрытие структуры того или иного переживания, который имеет для человека определенный предмет, ситуация, событие собственной жизнедеятельности.

Задача исследования - это выбор путей и средств для достижения цели в соответствии с выдвинутой гипотезой.

Формулировка названия работы

Название научной работы должно отражать основную идею исследования, её цель и задачи.

Например:

Тема: Оценка уровня грамотности в вопросах здоровья среди обучающихся колледжей города Алматы.

Цель исследования: определить и оценить уровень грамотности в вопросах здоровья среди обучающихся колледжей города Алматы.

Задачи исследования:

1. Провести анализ существующего опыта по определению уровня грамотности в вопросах здоровья среди (целевых групп) населения.
2. Провести оценку уровня грамотности в вопросах здоровья среди обучающихся колледжей города Алматы.
3. Разработать рекомендации по подходам к повышению уровня грамотности в вопросах здоровья.

Определение объекта и предмета исследования

Объектом исследования могут быть пациенты, их родственники, определенные формы поведения, психические явления. Например, объектом исследования может быть удовлетворенность качеством медицинской помощи. В таком случае, предметом исследования станут факторы формирования удовлетворенности медицинскими услугами, их причины, механизмы возникновения, последствия.

Разработка гипотезы

Гипотеза – это утверждение, которое требует доказательств, выступает в роли предположений. Гипотезу или доказывают, превращая её в установленный факт, или опровергают.

Выбор методов исследования

Чаще в сестринском исследовании выбирают количественный или качественный методы исследования. Количественные исследования подсчитывают или измеряют, чтобы ответить на вопрос исследования. Это

исследование обеспечивает понимание частоты встречаемости, связь между двумя явлениями или их причинно-следственные связи. Качественные исследования описывают жизненный опыт, культуру и социальные процессы с точки зрения вовлеченных лиц. Эти исследования позволяют изучить глубину, богатство и сложность, присущие жизни людей. Методы качественного анализа используют слова, а не цифры.

Составление плана исследования

В плане рассматриваются организационные вопросы: где, когда, какими силами будет проводиться исследование. Распределяются обязанности и составляется календарный план работ. Опытный исследователь включает больше субъектов, из-за ожидаемого отсева, человек может захотеть выйти из проекта и исследователь должен ему это позволить.

Получение разрешения у ЛЭК

Исследователь может приступать к работе только после получения согласия от локальной этической комиссии. ЛЭК оценивает безопасность и риски представленных работ. Минимальные риски означают, что риск вреда в исследовании не больше, чем те, которые встречаются в повседневной жизни или при выполнении обычных физических или психологических обследований, тестов.

Информированное согласие должно быть получено от каждого субъекта. Информированное согласие должно быть написано языком, который понятен пятикласснику! Если исследователь проводит работу с низким уровнем рисков, то введение строки: "Заполнение данного опросника означает Ваше согласие на участие в данном исследовании" освобождает от получения информированного согласия.

Проведение исследования

Исследование должно проводиться согласно календарному плану. Информацию об исследовании необходимо хранить 6 лет.

Обработка результатов исследования

Обработка и анализ информационного материала различается в зависимости оттого, какое исследование проводится - качественное или количественное. В качественном анализе перед исследователем стоят проблемы соблюдения баланса между описанием и истолкованием. Важно дать как можно более полное, максимально приближенное к действительности представление о наблюдаемом явлении, но избежать излишних комментариев. В количественном анализе оперируют понятиями переменных, влияющих друг на друга, используют совокупность методов прикладной математической статистики.

Формулирование выводов

Выводы - это утверждения, выражающие в краткой форме содержательные итоги исследования, они в тезисной форме отражают то новое, что получено самим автором. Решение каждой из перечисленных задач должно быть отражено в выводах [4].

Оформление работы

Основная задача данного этапа работы - представить полученные результаты в общедоступной и понятной форме, позволяющей сравнивать их с результатами других исследователей и использовать в практической деятельности.

Таким образом, к любому научному исследованию предъявляются следующие требования: актуальность тематики, её интерес и важность для углублённого изучения предмета; соответствие проведенного исследования заявленной теме исследования; четкость построения работы, грамотность оформления; логическая последовательность, глубина и полнота изложения материала; убедительность приводимых в работе аргументов; конкретность изложения результатов работы; доказательность выводов; возможность использования результатов исследования в практике обучения и воспитания.

Список использованной литературы:

1. Burns and Grove's The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence 2017г.)
2. Руководство для высших медицинских колледжей в вопросах реализации программы прикладного бакалавриата, Нур-Султан, 2019 г
3. https://studref.com/380464/meditsina/nauchnye_issledovaniya_sestrinskom_dele
4. <https://moluch.ru/archive/110/26991/>

МЕЙІРГЕР ІСІ БОЙЫНША ҚОЛДАНБАЛЫ БАКАЛАВРИАТ СТУДЕНТТЕРІНІҢ КОММУНИКАТИВТІК ДАҒДЫЛАРЫН ДАМЫТУ

Бабашева Баян Рахимовна,

*Психология негіздері және коммуникативтік дағдылар пәнінің оқытушысы
«Түркістан» көпсалалы жоғары медицина колледжі,
Түркістан облысы, Түркістан қаласы*

Аннотация. В последние годы среди целей профессиональной подготовки в высших учебных заведениях первое место занимает формирование профессиональных компетенций, а в перечне основных профессиональных навыков, выявленных в ходе изучения рынка труда. Коммуникативная компетентность рассматривается как совокупность знаний, умений, навыков в области организации взаимодействия и сотрудничества в деловой сфере. Коммуникативная компетенция, обеспечивающая эффективное деловое взаимодействие, входит в систему профессионально значимых качеств, определяющих успешность видов профессиональной деятельности, основанных на взаимодействии в системе "человек-человек". В сестринском деле общение является одной из важнейших квалификаций, необходимых для качественной деятельности медицинской сестры. Отношения между людьми являются важной составляющей повседневной жизни.

Annotation. *In recent years, among the goals of professional training in higher educational institutions, the formation of professional competencies has taken the first place in the list of basic professional skills identified in the course of studying the labor market. Communicative competence is considered as a set of knowledge, skills, and skills in the field of organizing interaction and cooperation in the business sphere. Communicative competence, which ensures effective business interaction, is included in the system of professionally significant qualities that determine the success of professional activities based on interaction in the " person-Person " System. In nursing, communication is one of the most important qualifications necessary for the quality service of a nurse. Communication between people is an important component of everyday life.*

Түйін сөздер: коммуникация, құзыреттілік, вербальді, кеңпейілділік, тренинг

Жұмыстың мақсаты: «Түркістан» көпсалалы жоғары медицина колледжінің мейіргер ісі бойынша қолданбалы бакалавриат білім беру бөлімінің студенттерін коммуникативтік дағдыларының қалыптасу деңгейін анықтау болып табылады.

Соңғы жылдары жоғары оқу орындарында кәсіби даярлық мақсаттарының арасында кәсіби құзыреттілікті қалыптастыру, ал еңбек нарығын зерттеу барысында анықталған негізгі кәсіби дағдылар тізбесінде бірінші орын алды. Коммуникативтік құзыреттілік іскерлік саладағы өзара іс - қимыл мен ынтымақтастықты ұйымдастыру саласындағы білімнің, іскерліктің, дағдылардың жиынтығы ретінде қарастырады. Тиімді іскерлік өзара іс – қимылды қамтамасыз ететін коммуникативтік құзыреттілік "адам-адам" жүйесінде өзара іс-қимылға негізделген кәсіби қызмет түрлерінің табыстылығын анықтайтын кәсіби маңызды қасиеттер жүйесіне кіреді. Мейірбикелік істе қарым – қатынас мейірбикенің сапалы қызметіне қажетті маңызды біліктіліктің бірі. Адамдар арасындағы қарым – қатынас күнделікті өмірдің маңызды құрамдас бөлігі. "Мейірбике ісі, емдеу процедуралары мен манипуляцияларды техникалық сауатты орындаумен қатар, мейірбикенің кейде физикалық және психологиялық қиындықтарды бастан кешірген, үрейленген немесе агрессивті науқаспен қарым-қатынасын білдіреді.

Студенттердің тұлғасын қалыптастырудағы коммуникативтік дағдылардың маңызы.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың "Денсаулық" 2016-2020 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасымен іске асырылған міндеттерді жалғастырушы бағдарлама. «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасының басты мақсаттарының бірі медициналық және фармацевтикалық білім беруді жаңғырту, инновацияларды және медициналық ғылымды дамыту болып табылады. Сондай-ақ, бұл бағдарламада мейіргерлік білім беруді келешекте дамыту, клиникалық тәжірибенің, медициналық білім мен ғылыми қызметтің үштұғырлығын дамыту екенін айқындайды. Сонымен

қатар болашақта Қазақстан Республикасы медицина колледждерінің «Мейіргерлік іс» мамандығының оқытушылары үшін мейіргерлік іс бойынша магистрдің қазақстандық дипломы және Қазақстан-Фин ғылыми-педагогикалық магистратурасы енгізілуде.

Қалай тәжірибелі мейіргер болуға болады? Бұл көптеген жылдар бойы жинақталған, кәсіби мамандар өздері ғана білетін, сол көпшілікке құпия әдістері арқылы, шындалған, тексеруден өткен тәжірибесін ұрпақтан-ұрпаққа беретін бағыт-бағдарды қарастыратыны сөзсіз. Осы бағыт-бағдарлар жиынтығын медицинада «емдеу өнегесі» дейміз. Пациенттің жеке басын сыйлап, қадірлеген жағдайда ғана емдеу өнегесі медицинаның шынайы басты мақсатына қызмет етеді.

Мейіргер ісінің сапасына, негізінен, олардың ішкі мәдениеттілігіне баса мән беріледі. Олар: кішіпейілділік – көңілінің ашықтығы, кеңпейілділік – адамның ішкі дүниесінің сұлулығының кепілі, турашылдық – мейіргердің ең жақсы қасиеттерінің бірі болса, оның ішкі дүниесінің пәктігі, адалдығы – мейіргердің барлық істерімен сәйкес болғаны жөн. Бұл оның күнделікті ісінің негізі болуы шарт.

Сондықтан да осы сабақ барысында көптеген қарым-қатынасқа арналған психологиялық тренингтер, жаттығулар жүргізіледі. 2 жыл бойы болашақ мамандар өздерінің жеке психологиялық ерекшеліктерін танумен қатар, топтағы студенттермен медицина саласында болатын әртүрлі ситуациялық жағдайларды шешу үшін, қарым-қатынасқа түседі. Алғашқы сабақтан бастап бірі науқасқа, бірі мейіргерге ұсынылған ақпаратты дұрыс жеткізуге, вербальды, вербальды емес, қатынасуға ашық позаны, коммуникативтік қимыл, ымдауды, сөйлеу ырғағын, т.б тәсілдерді қолданып орындауға ұмтылғаны, олардың өз мамандығына деген сүйіспеншілігін көруге болады. Психология негіздері және коммуникативтік дағдылар пәндерінен болашақ мейіргерлер тиімді қарым-қатынас жасауды үйреніп шығады.

«Жанды емдемей, тәнді емдей алмайсың», «күн сайын емде, сағат сайын көмектес, әр минут сайын жұбат» деген ұлағатты сөздерге сүйене отырып, маман иесі өте көп, алайда өзісіне мығым, ойы мен ісін шеберлікпен ұштай алатын нағыз мамандар саусақпен санарлық. Сондықтан әр бітіруші жақсы маман болу мен қатар, жан дүниесі рухани бай, психологиялық тұрғысынан дайындықтан өтуі қажет.

Зерттеу материалдары: «Түркістан» көпсалалы жоғары медицина колледжінің мейіргер ісі білім беру бөлімінің студенттеріне коммуникативтік дағдыларын қалыптастыру деңгейін анықтау мақсатында зерттеу жүргізілді. Зерттеуге мейіргер ісі қолданбалы бакалавр бөлімінен I және II курс студенттерінен 85 студент қатысты.

Зерттеу жүргізуді ұйымдастыру және зерттеу әдістері

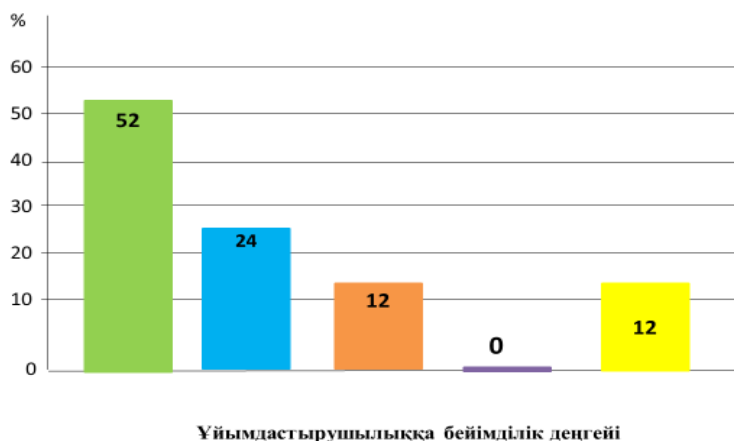
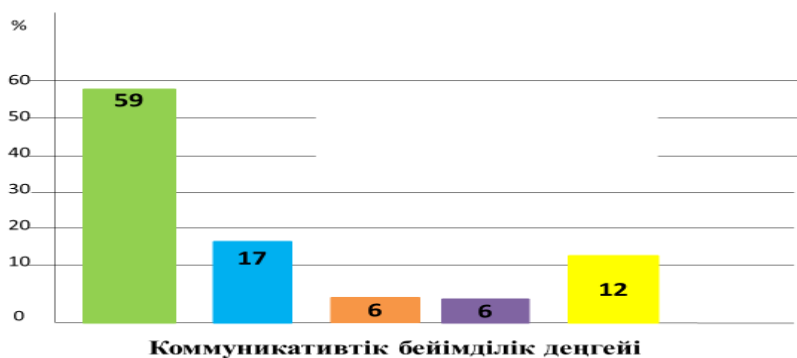
Зерттеу психологиялық тестілеу әдісімен жүргізілді, өйткені бұл адамның қандай жеке және кәсіби қасиеттері бар екенін тез және дәл анықтауға мүмкіндік береді. Зерттеу міндеттерін жүзеге асыру үшін В. Синявский мен Б. А. Федоров әзірлеген коммуникативтік және ұйымдастырушылық бейімділігін

бағалау әдістемесі (КҰБ-1) таңдалды. (1-ші қосымшада көрсетілген). "КҰБ-1" әдістемесі студенттердің коммуникативтік және ұйымдастырушылық қабілеттерін дамытуға қатысты әлеуетті мүмкіндіктерін диагностикалау үшін қолданылады. Ол сыналушының жеке тәжірибесі бойынша таныс әр түрлі жағдайларда өзінің мінез-құлқының кейбір ерекшеліктерін көрсету және бағалау қағидатына негізделеді. Жауап беру кезінде сыналушы қандай да бір жағдайда өзінің мінез-құлқының тәжірибесін негізге алады. Коммуникативтік және ұйымдастырушылық қабілеттерді талдау олардың құрылымын қарастыруға мүмкіндік береді, онда тиісті қабілеттерінің бар-жоғының индикаторлары болуы мүмкін компоненттерді бөліп көрсетеді. Зерттеу барысында психологиялық тестілеу жүргізілді, содан кейін нәтижелері талданады.

Зерттеу барысы мен нәтижелері

Зерттеу нәтижелерін талдау кезінде нәтижелер мен талқылау ұйымдастырушылық және коммуникативтік қабілеттерін бағалаудың шкаласы (жоғары, өте жоғары, орташа, төмен, орташадан төмен) қолданылды. Зерттеу нәтижелері қызықты және ақпараттық болды. Зерттеу деректерін талдау I курс студенттерінде коммуникативтік қабілет деңгейі жоғары деңгейдегі екені анықталды – топтың 76% болды.

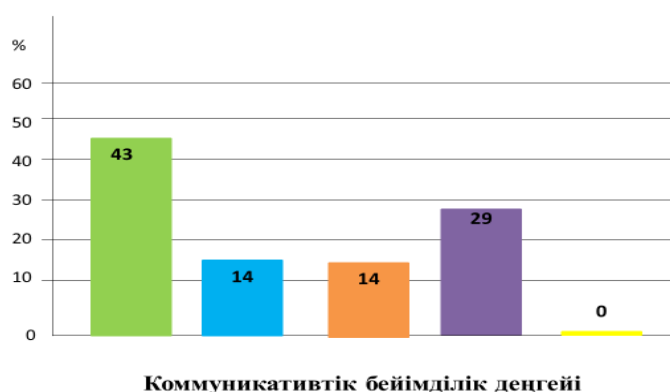
(сурет. 1, 2).



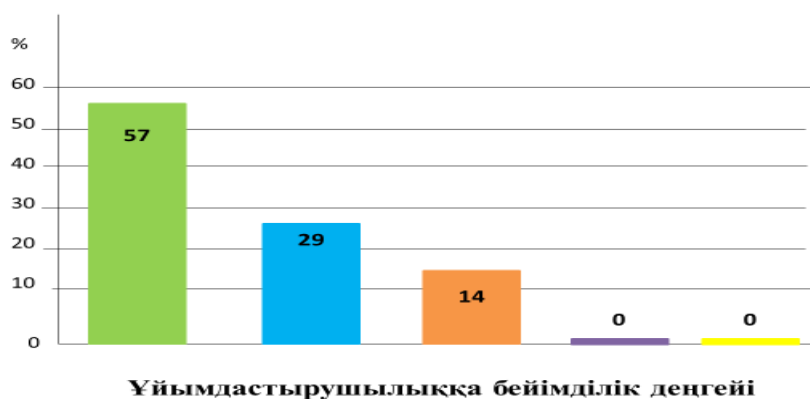
2-сурет. I курс студенттеріндегі ұйымдастырушылық қабілеттіктер деңгейі -(%-сыналғандар санынан)

Ал ұйымдастырушылық қабілет деңгейі -24% болып анықталды.

3 және 4-ші суреттерде студенттерінің коммуникативтік және ұйымдастырушылық қабілеттері туралы мәліметтер келтірілген. Төмен деңгей және орташа коммуникативтік қабілеттілік деңгей 86%, ал ұйымдастырушылық қабілет деңгейлері-57% болды. 2 курс «Мейіргер ісінің қолданбалы бакалавры» студенттерінің коммуникативтік қабілеттілік деңгейлері әлеуетті жоғары көрсеткіштерін көрсетті – олар жаңа жағдайға тез бейімделеді, тез достарын табады, үнемі танысу шеңберін кеңейтуге тырысады, қоғамдық қызметпен айналысады, жақындарына, достарына көмектеседі, қарым-қатынас жасауға ынта білдіреді, қоғамдық іс-шараларды ұйымдастыруға қуана қатысады.



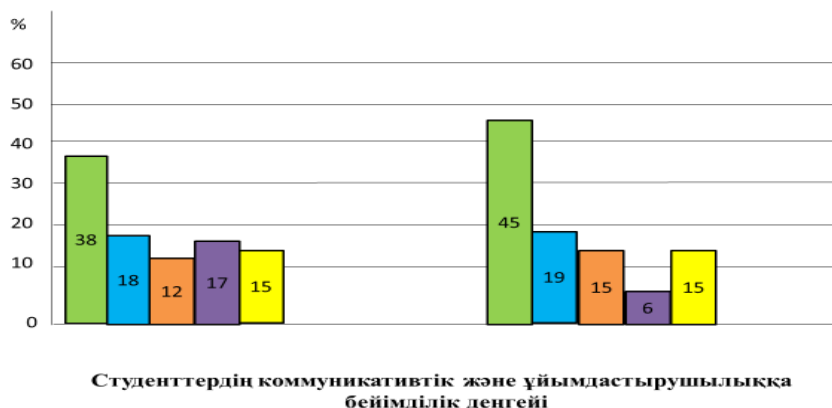
3-сурет. II курс студенттеріндегі коммуникативтік қабілеттіктер деңгейі -(%-сыналғандар санынан)



4-сурет. II курс студенттеріндегі ұйымдастырушылық қабілеттіктер деңгейі -(%-сыналғандар санынан)

Алынған мәліметтерді жалпы бөлім бойынша жинақталды (сурет - 5). Барлық мәліметтерді талдау студенттердің жоғары және өте жоғары коммуникативтік және ұйымдастырушылық қабілетінің бар екендігін көрсетті. Бұл дегеніміз, студенттердің тиімді қарым-қатынасқа дайын болуы анықталды. Болашақ мейіргерлік ұжым басшыларының коммуникативтік

құзыреттілік дағдыларының қалыптасуы олардың бірқатар кәсіби міндеттерді шеше алатындай болуы ықтимал. Демек, мұндай студенттердің оқу процесінде аталған дағдыларын әрі қарай дамыту.



5-сурет I және II курс студенттеріндегі коммуникативтік және ұйымдастырушылық қабілеттіктер деңгейі - (%- жалпы сыналғандар санынан)

Кез келген елдің болашағы білім беру жүйесі мен зиялылар қауымының деңгейіне байланысты болғандықтан, Қазақстан халқына да әлемнің дамыған елдерімен тең дәрежеде білім беру қажеттігі туындап тұр. Әлемдік білім кеңістігіндегі оқытудың озық технологияларын қамтитын жаңа білім мазмұны шынайы жарыс, адал бәсекеге қабілетті адам тәрбиелеуді қамтамасыз етуі тиіс. Бұл талап оқытушылар қауымына да үлкен жауапкершілікті жүктейді. Сол себепті біздер әр кез үлкен ізденісте жүріп, әр сабаққа жан жақты дайындалуымыз қажет.

Қазіргі студенттердің бойында коммуникативті құзыреттіліктерді қалыптастыру заман талабы болып табылады. Коммуникативті құзыреттіліктер— оқу мен өмір жағдаяттарын шешу кезінде білім алушылардың білімді, іскерлікті, дағдыны және қызметтің әмбебап тәсілдерін және білім берудің нәтижесі. Сонымен қатар:

1. Коммуникативтік құзыреттілік мейіргерлік ұжымның болашақ басшысына қажетті дағдылар тізіміне кіреді.
2. ТКЖМК студенттерінің коммуникативтік және ұйымдастырушылық қабілеттерінің жоғары және жоғары деңгейі, студенттердің 60% - дан астамы коммуникативтік және ұйымдастырушылық қабілеттер деңгейін көтеру;
3. Коммуникативтік және ұйымдастырушылық қабілеттер өте бейімді және оң мотивация мен педагогикалық дұрыс бағытталған оқу процесінде және жеке студенттердің тұлғалық мақсаттарына байланысты дами алады.
4. Коммуникативтік және ұйымдастырушылық қабілеттер тек оқу процессіне ғана байланысты емес, сонымен қатар ол студенттердің жеке қалыптасқан міне-құлқына, ата-тегінен берілген тұқымқұалаушылыққа да байланысты болады.

Ұсыныс:

- Студенттерді дайындау барысында коммуникативтік және ұйымдастырушылық қабілеттерді қалыптастыруға көңіл бөлу;
- ТКЖМК қарым-қатынас дағдыларын дамытуға ықпал ететін оқытудың интерактивті әдістерін енгізу;
- "Психология" коммуникативтік және ұйымдастырушылық қабілеттерін мақсатты дамытатын әлеуметтік-психологиялық тренингтер жүргізу.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Андреева Г.М. Социальная психология. Учебник для высших учебных заведений. – 5-е изд., испр. и доп. – М.: Аспект пресс, 2006. – 363 с.
2. Борисов А.Ю. Роскошь человеческого общения. – М.: RISC, 1998. – 184 с. Гойхман О.Я., Надеина Т.М. Речевая коммуникация: Учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2008. – 272 с.
3. Горянина В.А. Психология общения. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2002. – 416 с.
4. Григорьева Т.Г. Основы конструктивного общения. Практикум. – Новосибирск: Изд-во Новосиб. ун-та, 1997. – 116 с.
5. Гришина Н.В. Психология конфликта. – СПб: Питер, 2002. – 464 с.
6. Грушевицкая Т.Г., Попков В.Д., Садохин А.П. Основы межкультурной коммуникации. Учебник для вузов / Под ред. А.П. Садохина. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002. – 352 с.
7. Домрачева Е.Н. Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса как фактор формирования ключевых компетенций. Интернет-журнал «Эйдос». – <http://www.eidos.ru/journal/2006/0505.htm>.
8. Дуранов Е.М., Жернов В.И. Управленческое общение и его педагогическая адаптация. – Магнитогорск–Челябинск, 1998. – 131 с.
9. Жихарева Н.А. // Молодые ученые – здравоохранению региона: Материалы 66-й научно-практической конференции студентов и молодых специалистов СГМУ. – Саратов: Издательство СГМУ, 2005. – С. 198-199.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Гусейнова Наргиза Ахметовна,

заведующая кафедрой

Многопрофильный медицинский колледж «Авиценна»,

г.Шымкент, Республика Казахстан

Аннотация: Мақалада Мейірбике ісі, қоғамдағы және денсаулық сақтаудағы рөлі туралы шолу материалы берілген. Мейірбике ісі гуманитарлық және

жаратылыстану ғылымдары: биология, медицина, психология, әлеуметтану және т. б. негізінде құрылған теория мен практикаға негізделген.

Annotation. *The article presents an overview of nursing, its role in society and health care. Nursing is based on the theory and practice created on the basis of the humanities and natural sciences: biology, medicine, psychology, sociology, etc.*

Ключевые слова: сестринское дело, медсестра, здравоохранение, здоровье.

Во всем мире системы здравоохранения переживают острый кризис из-за хронической нехватки медработников, сложившихся в результате десятилетий недостаточных инвестиций в их обучение, подготовку, заработную плату, условия труда и управление. Это привело к острой нехватке ключевых специалистов, росту показателей смены занятий и раннего выхода на пенсию, а также к национальной и международной миграции. По существующим оценкам, в настоящее время в мире примерный дефицит врачей, акушерок, медицинских сестер, фармацевтов, стоматологов и другого персонала составляет более 4 млн. человек. Неудовлетворительное распределение ресурсов, неэффективное использование знаний или пренебрежение ими, а также миграция работников здравоохранения ухудшают и без того неблагоприятную ситуацию. На современном этапе Всемирная организация здравоохранения рассматривает сестринский персонал как реальный потенциал для удовлетворения растущих потребностей населения в доступной медицинской помощи. Важным для здравоохранения на современном этапе является подготовка медицинских сестер нового поколения, создание нормативно-правовой базы, обеспечение условий для полной реализации профессионального уровня для эффективного управления сестринским делом, а также обеспечения реального соотношения и партнерства между врачами и специалистами сестринского дела. При подготовке медицинских сестер главный упор нужно делать на улучшение качества образования и обучения, развития практических навыков. В системе образования после окончания медицинского колледжа средний медицинский персонал имеет теоретические и практические знания и навыки. Именно поэтому во всем мире специалисты сестринского дела в настоящее время проходят подготовку не только на уровне базового технического и профессионального образования, но также и в рамках бакалавра, магистратуры и докторантуры.

Международный опыт. Рассмотрим международный опыт в подготовке медицинских сестер в Финляндии. Финская система образования медицинских сестер оценивается как одна из лучших в мире. Профессия медицинских сестер в Финляндии пользуется популярностью и огромным уважением. Медицинские сестры ведут широкую профилактическую деятельность, проводят консультирование пациентов и членов его семьи, могут выписывать больничные листы, рецепты, назначают некоторую медикаментозную терапию и т.д. При первичном обращении в поликлинику пациент вначале консультируется с медицинской сестрой, которая оценивает ситуацию, назначает необходимое обследование и отправляет пациента к специалисту.

Задача среднего медицинского персонала состоит в предоставлении профессионального медицинского обслуживания, в том числе в поддержании и укреплении здоровья и лечения больных. Средний медицинский персонал самостоятельно выполняет свои профессиональные функции и осуществляет предписанное врачом лечение пациентов. В задачу среднего медицинского персонала также входит совершенствование своей работы и взаимодействие с другими специалистами в области социального обеспечения и здравоохранения, кроме того он должен вносить свой профессиональный вклад в процесс принятия общественнозначимых решений и участвовать в публичных дискуссиях. **В Финляндии обучение и профессиональная деятельность медицинского персонала строго регламентируются законом и положением о медицинских специалистах. При поступлении в университет абитуриенты проходят испытания на мотивацию, способность к обучению. В Финляндии огромное значение уделяют практическому обучению. Для этого выделено достаточное количество часов и созданы все необходимые условия.** Необходимо отметить, что в Финляндии обязательно ведется оценка качества образования – как внешняя, так и внутренняя. Таким образом, опыт подготовки и работы в здравоохранении Финляндии, а также в области сестринского дела, несомненно, представляет большой интерес.

Для Казахстана развитие системы сестринского дела означает его развитие на всех уровнях образования, контроль качества образования на уровне международных стандартов, внедрение в практику института специалистов сестринского дела с разными должностными позициями соответственно уровню образования. Наряду с реформированием сестринского образования, предполагается внедрение новых механизмов функционирования медицинских организаций с равноправными врачебными и сестринскими организационными структурами, введение регистра специалистов сестринского дела и сестринской документации, внедрение инновационных сестринских технологий, развитие современных сестринских доказательных практик, фундаментальной и прикладной сестринской науки, перераспределение и четкое разграничение функциональных обязанностей между врачами и медсестрами разных уровней. Особое место в решении этой задачи отводится повышению роли медицинских работников со средним образованием, число которых в 2 раза превышает численность врачебных кадров. Освобождение среднего медперсонала от несвойственных функций по уходу за больным, расширение их должностных обязанностей в сторону повышения сложности и ответственности труда при введении адекватной системы заработной платы призваны повысить мотивацию работников к совершенствованию профессионализма и личностному развитию, снизить отток медицинских кадров из отрасли. Вхождение Казахстана в Болонский процесс диктует необходимость приведения образования, профессиональных стандартов, квалификаций и должностных позиций в соответствие с Европейскими директивами, в том числе и по сестринскому делу.

Таким образом, в настоящее время у нас в республике осуществляется трёхуровневая подготовка медицинских сестер: среднее-профессиональное образование, высшее и послевузовское образование. А также непосредственно осуществляется переподготовка специалистов и курсы повышения квалификации. Подготовка медицинских сестер с высшим образованием осуществляется на факультетах «Менеджмент в здравоохранении и фармации» и негосударственным медицинским центром «Эмили». Деятельность факультета основывается на системном подходе к разработке и внедрению политике в области подготовки высококвалифицированных менеджеров в соответствии с государственными стандартами образования Республики Казахстан. Миссией факультета является обеспечение системы здравоохранения востребованными, конкурентоспособными, гармонично развитыми специалистами, способными обеспечить разработку и внедрение управленческих решений по повышению эффективности работы организации, отвечающей потребностям общества и отрасли. Выпускникам присуждается академическая степень – «бакалавр сестринского дела», выдается диплом о высшем образовании с присвоением квалификации – «медицинская сестра - менеджер». Бакалавр сестринского дела может осуществлять профессиональную деятельность в качестве заместителя главного врача по сестринскому делу, главной медицинской сестры, заведующей больницей сестринского ухода, хосписом, здравпунктом, старшей медицинской сестры отделения ЛПО, преподавателя по подготовке специалистов сестринского дела в медицинских колледжах, а так же имеет право продолжить дальнейшее обучение в магистратуре. При обучении в профильной магистратуре по специальности «Сестринское дело» реализуется образовательная программа прикладного характера, направленная на подготовку ведущих специалистов сестринской службы по узкому профильному направлению, привитие управленческих навыков и обеспечение подготовки профессиональных менеджеров сестринской службы. Научная и педагогическая магистратура реализует образовательные программы послевузовской подготовки кадров для системы высшего и послевузовского образования и научно-исследовательского сектора, обладающих углубленной научной и педагогической подготовкой. Лицам, освоившим образовательные программы научной и педагогической магистратуры и защитившим магистерскую диссертацию, присуждается академическая степень «магистр медицинских наук» по специальности 6М110300 – «Сестринское дело».

- Выпускники магистратуры по специальности – «Сестринское дело» могут выполнять следующие виды профессиональной деятельности: административно-управленческая (специалисты органов управления здравоохранением и административно управленческий персонал организаций здравоохранения); лечебно-профилактическая и диагностическая (ведущие специалисты сестринской службы по узкому профильному направлению);
- аналитическая (сотрудники информационно-аналитических центров);

- экспертно – консультативная (эксперты, консультанты в организациях здравоохранения и социального обеспечения).
- педагогическая (преподаватели высших и средних профессиональных учебных заведений);
- научно - исследовательская (научные сотрудники институтов, научных центров);
- педагогическая (преподаватели организаций высшего и послевузовского образования);
- научно - исследовательская (сотрудники организаций науки);
- административно - управленческая (специалисты органов управления здравоохранением и административно управленческий персонал организаций здравоохранения); аналитическая (сотрудники информационно-аналитических центров);
- экспертно - консультативная (эксперты, консультанты в организациях здравоохранения и социального обеспечения).

В результате проведенного анализа ряда зарубежных исследований, посвященных современным проблемам подготовки сестринского персонала, как за рубежом, так и в Республике Казахстан необходимо отметить, что в международной практике должности главных медицинских сестер занимают только специалисты со степенью бакалавра и магистра требуется дальнейшее совершенствование образовательного процесса в системе подготовки специалистов сестринского дела в Казахстане.

Список литературы:

1. «Комплексный план развития сестринского дела Республики Казахстан до 2020 года».
2. Борисов Ю.Ю., Щербинина И.Г. Компетентностный подход к подготовке бакалавров сестринского дела // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. - № 4. -С. 53-56.
3. Борисов Ю.Ю., Беркун А.В. Инновационные технологии обучения в системе подготовки бакалавров сестринского дела // Международный журнал экспериментального образования. - 2013. - № 4. - С. 56-58

ВЫПОЛНЕНИЕ БУДУЩИМИ МЕДИЦИНСКИМИ СЕСТРАМИ ПРОЕКТА ПО СОХРАНЕНИЮ И УКРЕПЛЕНИЮ СОБСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ: МЕДИЦИНСКИЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТЫ

Ирина Анатольевна Левина,

*Директор ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»,
Россия, г.Екатеринбург*

Елена Олеговна Костылева,

*Зав. кафедрой ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»,
Россия, г.Екатеринбург*

Аннотация. *Болашақ медбикелерде профилактикалық кұзіреттілікті қалыптастыру тәжірибесі туралы.*

Annotation. *On the practice of forming preventive competence in future nurses.*

Ключевые слова: профилактика, факторы риска, здоровый образ жизни, медицинский эффект, социальный эффект.

В соответствии со статьей 27 Федерального Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

Как отмечено в статье 14 Этического кодекса медицинской сестры России, «Поведение медицинской сестры не должно быть примером отрицательного отношения к здоровью».

Обязанность вести здоровый образ жизни и пропагандировать здоровый образ жизни среди населения так же определена в статье 10 Кодекса профессиональной этики работников системы здравоохранения Российской Федерации, действие которого распространяется и на студентов средних медицинских образовательных организаций.

Трудовая деятельность медицинских сестер связана с высоким нервно-эмоциональным напряжением, значительными физическими нагрузками.

Федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело (базовой подготовки) предъявляет требование к результату обучения медицинской сестры - она должна освоить вид деятельности Проведение профилактических мероприятий и обладать профессиональными компетенциями:

ПК 1.1. Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения.

ПК 1.2. Проводить санитарно-гигиеническое воспитание населения.

ПК 1.3. Участвовать в проведении профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Следовательно, одним из условий качественной работы медицинской сестры является хорошее личное здоровье, которое обеспечивается заботой о сохранении своего здоровья, а областью её профессиональной деятельности - оказание населению квалифицированной сестринской помощи для сохранения и поддержания здоровья.

Медицинская сестра, умеющая заботиться о сохранении своего здоровья, демонстрирующая приверженность здоровому образу жизни, заслужившая доверие со стороны пациента, сможет более доходчиво донести рекомендации по коррекции факторов риска и будет более убедительна, мотивируя вести здоровый образ жизни.

Именно поэтому в 2017-2018 учебном году в ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж» формой проведения экзамена

квалификационного по ПМ.01 Проведение профилактических мероприятий была определена защита проекта по сохранению и укреплению собственного здоровья.

Проект рассматривается не только как форма контроля результата обучения, но и как средство осознанного и активного усвоения учебного материала в области профилактики заболеваний.

В помощь студентам разработаны методические рекомендации по подготовке проекта по сохранению и укреплению собственного здоровья, управляющие их познавательной деятельностью. В методических рекомендациях объяснены важность и значение данной работы, раскрыты перспективы работы, даны разъяснения по этапам выполнения проекта, представлены критерии оценки и библиографический список для подготовки проекта.

Студентам рекомендованы следующие этапы выполнения проекта:

1. Сбор данных о состоянии собственного здоровья.
2. Анализ полученных данных.
3. Подготовка плана мероприятий по сохранению и укреплению здоровья и коррекции факторов риска.
4. Оформление письменной части проекта.
5. Подготовка к защите проекта.

Для сбора информации о состоянии собственного здоровья и образа жизни, влияющего на здоровье, студентам предлагается:

- 1) пройти обследование в Центре здоровья;
- 2) в течение недели фиксировать наблюдения за питанием, двигательной активностью, временем, затрачиваемым на учебу, питание, отдых и т. п.

Для оценки состояния собственного здоровья и оценки факторов риска студентам предлагается провести анализ Карты здорового образа жизни (при наличии хронического заболевания и медицинской карты), ознакомиться с итоговой оценкой состояния здоровья и рекомендациями по коррекции факторов риска, данными врачом Центра здоровья, провести анализ дневников питания и двигательной активности, хронометража времени жизни и сравнить с должностными (или рекомендуемыми) нормами и выявить, есть ли отклонения от нормы.

Для этой цели предложено использовать диагностические критерии факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний (Приложение N 1 "Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации" (утв. Минздравом России 22.10.2019).

По результатам анализа студентам рекомендовано оформить вывод, в котором необходимо указать, какие факторы риска имеются и что они планируют скорректировать в своем образе жизни.

Подготовка плана мероприятий по сохранению и укреплению здоровья и коррекции факторов риска. От студентов требуется изучить

информационные материалы по питанию, принципам здорового образа жизни, двигательной активности, разработанные специалистами Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, методические рекомендации «Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (утв. Минздравом России 22.10.2019) и на их основе разработать конкретный план коррекции каждого фактора риска с датами достижения промежуточных и конечных целей.

Процедура защиты проекта закрытая, т.е. присутствует только студент и члены комиссии, т.к. студент представляет данные о состоянии здоровья, классифицируемые Федеральным Законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" как врачебная тайна.

Задание по выполнению проекта по сохранению и укреплению собственного здоровья основано на семи принципах системного качественного обучения:

1. сознательности и активности;
2. наглядности;
3. систематичности и последовательности;
4. прочности;
5. научности;
6. доступности;
7. связи теории с практикой.

В процессе подготовки и защиты проекта по сохранению и укреплению собственного здоровья студенты могут наглядно продемонстрировать готовность к работе с населением, пациентами по вопросам профилактики.

Медицинский эффект выполнения будущими медицинскими сестрами проекта по сохранению и укреплению собственного здоровья заключается в следующем:

1. Ежегодно проводится обследование всего контингента обучающихся специальности Сестринское дело 3-го года обучения.
2. Все обследованные получают рекомендации врача Центра здоровья по коррекции факторов риска.
3. Студенты составляют планы коррекции образа жизни\факторов риска.
4. На 4-м году обучения проводится повторное обследование в Центре здоровья, что позволяет оценить эффективность мероприятий по коррекции образа жизни.
5. Подготовка кадров среднего медицинского персонала, заботящихся о состоянии собственного здоровья.

Социальный эффект имеет более отдаленные последствия и рассматривается в перспективе:

1. Обобщение данных проектов с последующими докладами на научно-практических конференциях на темы:

- Изучение образа жизни будущих медицинских сестер\медицинских братьев.
- Изучение питания будущих медицинских сестер\медицинских братьев.
- Изучение двигательной активности медицинских сестер\медицинских братьев.
- Изучение распространенности потребления различных видов табачных изделий у будущих медицинских сестер\медицинских братьев.
- Изучение функционального состояния организма у будущих медицинских сестер\медицинских братьев.

2. Повторное посещение Центров здоровья через 1 год, обобщение данных с последующим докладом на научно-практической конференции «Оценка эффективности индивидуальной работы обучающихся по коррекции образа жизни и факторов риска развития неинфекционных заболеваний».

3. Внедрение практики подготовки проектов по сохранению и укреплению собственного здоровья слушателями факультета последипломного и дополнительного образования (ФПДО) ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж».

Достоверные данные по общей заболеваемости медицинских работников отсутствуют по причине распространенности самолечения или получения медицинской помощи у коллег, не фиксируя заболевания в медицинской документации. Данное явление характерно не только в Российской Федерации, но и для различных стран [3].

Менее половины медицинских работников активно заботятся о своем здоровье. Каждый третий средний медицинский работник и каждый четвертый врач считают, что ничего не может сделать для улучшения своего здоровья, хотя, по мнению большинства врачей (95%), забота о здоровье – это обязанность человека [2].

Опрос медицинских сестер, работающих в стационарах Екатеринбурга и Свердловской области, проведенный во время обучения на ФПДО ГБПОУ «СОМК» в 2020 году, показал, что около 90% не знают, что кроме диспансеризации, они имеют возможность ежегодно проходить обследование в Центре здоровья. Эти же медицинские работники не знают о существовании Центров здоровья.

Выводы:

1. Выполнение проекта по сохранению и укреплению собственного здоровья является инновационной формой обучения и контроля, реализующей все принципы системного качественного обучения.
2. Обучающиеся осознанно осваивают информацию по профилактике заболеваний, применяют её на практике при подготовке плана мероприятий по сохранению и укреплению здоровья и коррекции факторов риска, что повышает уровень ответственности за собственное здоровье.

3. Данные проектов обобщаются для анализа образа и условий жизни будущих медицинских сестер, оказания помощи со стороны образовательной организации в коррекции факторов риска.
4. Учитывая недостаточную активность медицинских работников в сохранении и укреплении собственного здоровья, внедрить практику выполнения проектов по соответствующей тематике для слушателей ФПДО.

Литература

1. Петрова Н.Г., Погосян С.Г. Состояние здоровья и проблемы подготовки среднего медицинского персонала // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2016. – №5. – С. 109-116;
URL: <http://medicine.science-review.ru/ru/article/view?id=934> (дата обращения: 10.11.2017).
2. Дудинцева Н.В., Косарев В.В., Двойников С.И., Лотков В.С. Анализ состояния здоровья медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений самарской области // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2012. – том 14, № 5(3). – С.661-664.
3. Гарипова Р.В. Оптимизация профилактики профессиональных заболеваний медицинских работников//14.02.01 – Гигиена. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук - Казань – 2014 г.
4. Подласый И.П. Педагогика: 100 вопросов - 100 ответов: Учеб пособие для студ. высших учеб. заведений. - М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС,2001. 368 с.

ПОНИМАНИЕ СУЩНОСТИ РЕФОРМ СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ. ГЛАВНЫЕ ЗАДАЧИ И ПРОБЛЕМЫ В ПОДГОТОВКЕ ПЕРСОНАЛА СРЕДНЕГО ЗВЕНА.

Омашбекова А.М.,

Главная медицинская сестра

*КГП на ПХВ «Алматинский онкологический центр» УОЗ г. Алматы
г. Алматы, Республика Казахстан*

Аннотация. *"Мейірбике ісі" ұғымы ресми түрде 1988 жылы енгізілді, ол кезде денсаулық сақтау саласындағы білім беру мамандықтарының номенклатурасында "Мейірбике" мамандығы "Мейірбике ісі" мамандығына ие болды, ал мейіргердің негізгі дайындық мазмұнында жаңа оқу пәні пайда болды – мейірбике ісінің негіздері пайда болды. "Мейірбике ісі" ұғымы (лат. Nutrix-тамақтандыру) біз "күтім" (үшін), қамқорлық, қамқорлық, шабыт, тамақтану, қорғау, тәрбиелеу және денсаулықты қамтамасыз ету деп аударамыз. Мейірбике жұмысының тұжырымдамалары мен теориясына кәсіби көзқарастардың дамуының басталуы көрнекті Англикан Флоренс Нейтингейлдің (1820-1910) есімімен байланысты. Оның портреті 9 пенс*

ағылшын пошта маркасында және 48 цент Доминикан маркасында, 10 Фунт стерлинг банкнотасында бейнеленген. Ф.Найтингейлде Англия мен АҚШ-та естелік медальдар жиі шығарылады. Ол өзінің әйгілі "күтім туралы жазбаларында" (1859) мейірбикелік жұмыстың алғашқы анықтамасын тұжырымдады. Бұл мақалада мейірбикелік білім беру саласындағы өзекті мәселелер мен реформалар қарастырылады. Сондай-ақ, мейірбикелік білім беру саласындағы даулы мәселелерді шешудің негізгі жолдары ұсынылады.

Annotation. *The concept of "Nursing" was officially introduced in 1988, when the specialty "Nursing" took the place of the specialty "Nurse" in the nomenclature of educational specialties in the field of healthcare, and a new academic discipline – the basics of nursing school appeared in the content of the basic training of madsester. The concept of "Nursing" (Lat. Nutrix-to feed) is translated as "to look after" (for), to take care, to feed, to encourage, to feed, to protect, to educate and to ensure health. The beginning of the development of professional views on the concepts and theory of the nursing work is associated with the name of the outstanding Anglican Florence Nightingale (1820-1910). Her portrait is depicted on an English postage stamp of 9 pence and on a Dominican stamp of 48 cents, on a banknote of 10 pounds sterling. In often f. Nightingale commemorative medals are issued in England and the United States. She formulated the first definition of a nursing work in her famous "Notes on Care" (1859). This article will discuss current problems and reforms in the field of nursing education. The main ways of resolving controversial issues in the field of nursing education will also be proposed.*

Ключевые слова: сестринское образование, дуальное образование, медицинская сестра, реформа

С момента вступления Республики Казахстан в Баллонный процесс произошли значительные изменения в сфере медицинского образования. В контексте реформы здравоохранения медсестры рассматриваются как ключевой ресурс. Они составляют самую большую группу специалистов в системе, работающих в различных структурах. В то же время они нуждаются в образовании и подготовке кадров для выполнения того уровня задач, которые ставятся в связи с акцентом на расширение полномочий персонала среднего звена. Именно поэтому во всем мире специалисты сестринского дела в настоящее время готовятся не только на уровне базового технического и профессионального образования, но и в рамках бакалавриата, магистратуры и даже докторантуры по сестринскому делу. [1]

Сестринское дело основано на научном подходе и научно обоснованной практике, требует определенных навыков, умения применять их на практике. Она основана на знаниях и методах различных дисциплин и наук. В течение многих десятилетий сестринское дело не занимало достойного места в здравоохранении. С профессиональной точки зрения не придавалось особого значения уровню подготовки медсестры, а учитывалось только ее мастерство, не требующее специальных знаний.

Системы образования многих стран мира в последнее время претерпели

значительные изменения. Не является исключением и национальная система медицинского образования Казахстана, которая уже сделала значительные шаги по интеграции в европейское образовательное пространство с точки зрения сестринского образования. Тенденции развития сестринского образования и сестринской службы значительно усиливают роль медицинских сестер в современной системе здравоохранения республики. Необходимость реформирования сестринского дела в Казахстане продиктована рядом глобальных проблем, в том числе дефицитом медицинских кадров, ростом хронических заболеваний, старением населения, а также акцентом на профилактику заболеваний и их осложнений, пропаганду здорового образа жизни, увеличение расходов на здравоохранение. [2]

Как было упомянуто выше в течение многих десятилетий сестринское дело не занимало достойного места в здравоохранении. Сегодня в Казахстане создается структура управления сестринской деятельностью, охватывающая все ее направления: от обучения до практической деятельности, что в свою очередь приводит к повышению удовлетворенности населения качеством медицинской помощи.

Задачи:

- 1) Утверждение самостоятельной роли специалиста сестринского дела как равноправного партнера врача на всех уровнях системы здравоохранения.
- 2) Внедрение новых компетенций и ролей специалистов сестринского дела в системе здравоохранения.
- 3) Институциональное развитие медицинских колледжей. Подготовка специалистов сестринского дела, компетенции которых конкурентоспособны на рынке труда.
- 4) Создание научной основы для укрепления сестринского образования и развития системы сестринского дела. Обеспечение гибкости системы образования по сестринскому делу, поддерживающей разные ступени карьеры, в соответствии с потребностями системы здравоохранения.
- 5) Маркетинг и повышение осведомленности о реформе сестринского дела для формирования позитивного образа новой профессии медсестры.
- 6) Разработка и внедрение механизмов координации реформы сестринского дела в республике. Дуальное образование в медицинских колледжах

Важная задача, которая сегодня стоит перед медицинскими колледжами – сформировать новую модель подготовки медицинских кадров среднего звена, готовых к самостоятельной практической работе.

Традиционная форма образования – знание-контроль-оценка, заменена практическим закреплением знаний, путем самостоятельной деятельности и накопления личного опыта.[3]

Что касается проблем подготовки специалистов среднего звена, то нужно понимать, что недооценка роли сестринского персонала в лечебном процессе водит в настоящее время сестринскую службу большей частью к выполнению технической работы, не требующей серьезной профессиональной подготовки.

Это не позволяет в полной мере использовать потенциал как сестринской, так и врачебной профессии.

Сформировавшаяся в стране система взаимодействия врача и медсестры не соответствовала потребностям современного высокотехнологичного здравоохранения, требующего углубленной профессиональной подготовки.

Определенные трудности в кадровом трудоустройстве молодых специалистов.

Взаимодействие студентов и клинических баз – их новое видение в процессе взаимоотношений.

Основной путь решения этой задачи – внедрение дуального образования. В мировой практике профессионального образования дуальная система, зародившаяся в Германии, получила широкую известность и признание. По сути, дуальное образование означает параллельное обучение в учреждении образования и на клинических базах, при этом не менее 50-60% времени обучающиеся должны находиться на рабочем месте, закрепляя теоретические знания на практике и приобретая практические навыки для дальнейшей самостоятельной работы. [4]

Выводы. Сестринское дело – это искусство и наука одновременно. Оно требует владения специфическими навыками, знаниями и умением их практического применения, базируется на знаниях и методах различных гуманитарных дисциплин, а также наук, изучающих физические, социальные, медицинские и биологические законы.

Конечно, стоит заметить, что медицинская сфера должна принимать и отбирать ещё на этапе подготовки (обучения) кадров, будущих специалистов, твёрдо решивших трудиться в медицинской области, чувствующих своё предназначение в ней и способных нести пользу людям, соответственно и своему государству. Для этого необходимо на уровне двух китов – семей и государственных институтов ещё с младых ногтей воспитывать и развивать самосознание и ответственность в каждой личности.

Список использованной литературы

1. Учебник «Основы сестринского дела». Бишкек 1997г. LEMONT.Ч. Чубаков.
2. Мухина. С.А. «Общий уход за больными». Москва 2009г.
3. «Атлас по манипуляционной технике сестринского ухода». С.А. Мухина, И.И. Тарновская 1995г.
4. https://www.sinref.ru/000_uchebniki/04600_raznie_9/526_setrinskoe_delo_v_Kazakhstan_2019/000.html

«ИССЛЕДОВАНИЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В КАЗАХСТАНЕ»

Турганбаева Молдир Муратбаевна,
*преподаватель дисциплины «Основы сестринского дела»,
«Атырауский высший медицинский колледж»*

Аннотация. Мейірбике ісінің даму тенденциялары медбикенің Денсаулық сақтау жүйесіндегі рөлін едәуір арттырады. Ғылыми тәсіл мен дәлелді тәжірибелерге негізделген мейірбикенің қазіргі заманғы теориялары мейірбикені тәуелсіз мейірбикелік шешімдер қабылдайтын, мейірбикелік құжаттамада көрсете отырып, дәлелді мейірбикелік күтімді жоспарлайтын және жүзеге асыратын дәрігердің тең серіктесі ретінде ұсынады.

Қазақстанның Болон процесіне кіруі білім беруді, кәсіби стандарттарды, Біліктіліктер мен лауазымдық позицияларды еуропалық директиваларға, оның ішінде Мейірбике ісі жөніндегі директиваларға сәйкес келтіру қажеттілігін туындатады.

Қазақстан үшін Мейіргер ісі жүйесін дамыту оның білім берудің барлық деңгейлерінде дамуын, халықаралық стандарттар деңгейінде білім беру сапасын бақылауды, білім деңгейіне сәйкес әртүрлі лауазымдық лауазымдағы Мейіргер ісі мамандарын институт практикасына енгізуді білдіреді.

Annotation. Trends in the development of nursing significantly strengthen the role of the nurse in the health care system. Modern theories of nursing, based on a scientific approach and evidence-based practices, represent the nurse as an equal partner of the doctor who makes independent nursing decisions, plans and implements evidence-based nursing care, reflecting it in the nursing documentation.

Kazakhstan's entry into the Bologna process dictates the need to bring education, professional standards, qualifications and job positions in line with European directives, including in nursing.

For Kazakhstan, the development of the nursing system means its development at all levels of education, quality control of education at the level of international standards, the introduction of the institute of nursing specialists with different positions according to the level of education.

Ключевые слова: профессиональный уровень, развитие, прикладной и академический бакалавриат, доказательная медицина, Болонский процесс.

Эффективное развитие системы здравоохранения в значительной степени зависит от профессионального уровня и качества подготовки среднего медицинского персонала, как самой объемной составляющей кадровых ресурсов здравоохранения. Для развития данного направления был принят «Комплексный план развития сестринского дела Республики Казахстан до 2020 года», определяющий основными задачами: внедрение новых компетенций специалистов сестринского дела, институциональное развитие медицинских колледжей в соответствии с потребностями реформы сестринского дела, создание научной основы для укрепления сестринского образования и развитие системы сестринского дела. Научной основой для укрепления системы подготовки специалистов сестринского дела и развития сестринской практики должны стать научные исследования в области сестринского дела. Именно научные исследования в сестринском деле, как и в любой другой дисциплине,

являются способом получения достоверных данных, позволяющих на их основе осуществлять и совершенствовать профессиональную деятельность специалистов сестринского дела. Использование фактических данных, полученных на основе научных исследований в области сестринского дела, непосредственно в самой сестринской практике, так и на формирование политики в области здравоохранения, способствует качественным изменениям в отношении здоровья для отдельных лиц, семей, общин и системы здравоохранения в целом. Анализ зарубежного опыта подтверждает качественные изменения в системе оказания медицинской помощи населению в связи с внедрением в практику лечебных учреждений результатов сестринских исследований (повышение удовлетворённости пациентов, сокращение сроков пребывания в стационаре, уменьшение числа осложнений и т.д.). Развитие исследований в сестринском деле связано в большинстве стран с академической подготовкой медицинских сестёр. Учитывая то, что в последние годы в РК были запущены программы прикладного и академического бакалавриата, магистратуры, актуальность развития практики проведения исследований в области сестринского дела становится весьма очевидной. С учетом вышесказанного, цель разработки данных методических рекомендаций – адаптация международных стандартов и требований к исследованиям в области сестринского дела для обеспечения формирования устойчивой исследовательской среды в сфере сестринской практики, стимулирования и поддержки исследовательских усилий медицинских сестер, а в конечном итоге продвижения практики оказания медицинской помощи, основанной на доказательствах в сестринской практике.

Актуальность исследования процесса формирования научно-исследовательских компетенций обусловлена недостаточной изученностью проблемы и ее социально-экономической значимостью. Сестринское дело остается важнейшей составной частью современной системы здравоохранения, располагающей значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения ожидаемых потребностей общества. Эффективное развитие системы здравоохранения существенно зависит от профессионального уровня и качества подготовки, рационального размещения и использования среднего медицинского персонала. Системой научно-исследовательской подготовки специалистов должно стать развитие компетентностного подхода. Выпускник вуза должен обладать многофункциональными компетенциями, позволяющими ему быстро адаптироваться к производственным условиям, быть готовым к постоянному повышению уровня своей профессиональной компетентности, обучению в течение всей жизни и трудовой деятельности.

Сестринские научные исследования – это систематический процесс изучения клинической или управленческой проблемы. В процессе таких исследований медсестры пытаются получить новую информацию для улучшения помощи пациентам и (или) разрешения проблемных ситуаций.

Медсестра-исследователь должна уметь черпать новую информацию из разных источников, формировать собственную точку зрения, уметь определять приоритетные направления исследований, цели и задачи исследования, аргументированно отстаивать свою позицию, владеть общими методологическими, методическими и особенно, инновационными исследовательскими приемами работы. Становятся необходимыми специальные знания, знания в области смежных дисциплин, компьютерная грамотность, умение работать с большим объемом информации.

Научные исследования в сестринском деле являются методом получения достоверных данных, позволяющих осуществлять и совершенствовать профессиональную деятельность. Практикующие медицинские сестры должны иметь базовую подготовку по методам научных исследований, они должны быть подготовлены к работе по исследованиям в сестринском деле. Чтобы получить достоверную информацию, есть направление в медицине «Доказательная медицина».

На сегодняшний день сестринская практика, основанная на доказательствах, — это активно развивающееся направление в сестринском деле, цель которого — повышение эффективности и качества работы медицинских сестер. Данное направление может быть успешно интегрировано с другими современными принципами оказания сестринской помощи, такими как сестринский диагноз или сестринский процесс в целом.

Следует отметить, что доказательная сестринская практика своим появлением во многом обязана концепции доказательной медицины (ДМ), которая была предложена клиническими эпидемиологами из канадского университета Мак-Мастера, г.Онтарио. Авторы доказательной медицины предлагают врачам и другим специалистам проводить систематический поиск и анализ достоверных фактов в медицинской литературе и использовать полученную информацию для принятия решения об оказании медицинской помощи. Систематические поиски, анализ доказательной информации должен также служить основой для разработки протоколов (стандартов) ведения больных. Однако, понимая, что нельзя видеть в этих протоколах готовые рецепты для ведения всех пациентов, авторы внесли в определенные положения касающиеся использования индивидуального опыта специалиста учет ресурсов, потребностей и пожеланий пациента. Этим подчеркивается, что решение должно приниматься индивидуально в отношении каждого пациента. Доказательная медицина — это новый подход, направление или технология сбора, анализа, обобщения и интерпретации научной информации. Доказательная медицина предусматривает добросовестное, объяснимое и основанное на здравом смысле использование наилучших современных достижений для лечения каждого пациента. Основная цель внедрения принципов доказательной медицины в практику здравоохранения — оптимизация качества оказания медицинской помощи с точки зрения безопасности, эффективности, стоимости и других значимых факторов.

Концепция доказательной медицины подразумевает также тщательный поиск и критическую оценку данных, полученных в ходе клинических исследований. Для этого недостаточно обладать профессиональными навыками и здравым смыслом, необходимо использовать также целый ряд специально разработанных правил.

В ходе развития концепции доказательной медицины были разработаны простые инструменты для быстрого поиска качественных публикаций по интересующей врача проблеме, предложены рекомендации, как правильно сформулировать вопрос, ответ на который может быть найден в публикациях результатов клинических исследований.

Появление доказательной медицины во многом стало ответом на растущее число публикаций в биомедицинских журналах, при том что качество этих публикаций может быть различным. Концепция доказательной медицины послужила толчком к появлению аналогичных направлений в других областях, где также необходимо ускорить процесс быстрого внедрения в практику результатов исследований и совершенствовать качество работы специалистов на основе научных фактов. Как основанную на доказательствах сестринскую практику определяют, если для принятия решений используется интеграция индивидуального опыта с лучшими доступными внешними доказательствами, полученными в систематических исследованиях, и при этом учитываются потребности пациента. Это определение трактует доказательную сестринскую практику шире, нежели простое применение на практике результатов исследований.

Доказательная сестринская практика может быть представлена следующим алгоритмом действий, который включает:

- формулирование вопроса, на который может быть получен ответ в отношении проблемы и ситуации пациента;
- систематический поиск доказательств, полученных в научных исследованиях, которые могут быть использованы для ответа на поставленный вопрос;
- интеграцию доказательств, полученных в исследованиях с другой информацией, которая может повлиять на решение проблем пациента: клинический опыт медицинской сестры, предпочтения пациента в отношении альтернативных форм помощи, доступность ресурсов;
- принятие решения об оказании доказательной сестринской помощи;
- оценку результатов принятого решения.

Следует отметить, что в настоящее время объем статей, посвященных различным аспектам деятельности медицинских сестер, значительно уступает количеству публикаций по клиническим вопросам. Однако, начиная с первой четверти XX в., исследования по сестринскому делу проводятся в различных странах мира, и к текущему моменту они представляют значительный объем литературы, к которому вполне применимы технологии поиска, оценки степени надежности представленных доказательств, обобщения результатов, используемые в доказательной медицине.

На сегодняшний день есть обстоятельства, создающие трудности в развитии доказательной сестринской практики. Во-первых, медицинским сестрам зачастую не хватает знаний и умений, чтобы активно пользоваться информацией из медицинских источников, доступных в сети Интернет. Во-вторых, необходимо решение организационных вопросов, связанных с доступом медицинских сестер к электронным медицинским ресурсам. Целесообразно создание ресурс-центров по доказательной сестринской практике в различных регионах страны. В-третьих, необходимо преодолеть языковой барьер. Это требует создания ресурсов, постоянно публикующих результаты отдельных сестринских исследований и систематических обзоров на русском и казахском языках.

Эти трудности заставляют вспомнить, что развитие научно-обоснованного сестринского дела исторически шло по пути преодоления внешних барьеров. Например, Ф.Найтингейл боролась с британскими чиновниками за то, чтобы результаты деятельности врачей и медицинских сестер оценивались с помощью сбора и анализа статистической информации. Однако следует подчеркнуть, в сестринском деле на современном этапе уже достигнуты значительные успехи на пути продвижения к цели организации профессиональной деятельности медицинских сестер на основе результатов научных исследований. Развитие “Сестринского дела” будет продолжением движения по этому пути.

Таким образом, существует достаточно возможностей для участия медсестёр в научной деятельности, и результатом такого участия непременно будет совершенствование сестринской практики, повышение качества медицинской помощи населению и признание уникальной роли сестринской профессии.

Использованная литература:

1. Биолизис Г.В. Правовое обеспечение профессиональной деятельности медицинских работников / Биолизис Г.В., Ремизов И.В., Калиниченко Е.П.; под ред. И.В. Ремизова. – Ростов-на-Дону, 2009. – 313с.
2. Белов А.Н., Белов А.А. Делопроизводство и документооборот: Учебное пособие. 6-е изд., переруб. и доп. – М.: Эксмо, 2007. – 560 с.
3. Басаков М.И., Замыцкова О.Т. Делопроизводство (документационное обеспечение управления): Учебник. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2005.
4. Двойников С.И., Тарасова Ю.А., Фомушкина И.А. и др. Организация сестринской деятельности: Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
5. Двойников С.И., Фомушкина И.А., Костюкова Э.О., Фомушкин В.И. под ред. Двойникова С.И. Организационно-аналитическая деятельность/ Учебник для медицинских училищ и колледжей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 480 с.
6. Зайцев.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ НАРЫҒЫНДАҒЫ ФТОРХИНОЛОНДАР ТОБЫНЫҢ ПРЕПАРАТТАРЫНА МАРКЕТИНГТІК ТАЛДАУ ЖАСАУ

Б.А. Досжанова, М.С. Карбаева,

арнайы пәндер оқытушылары

Алматы қ. ДСБ ШЖҚ КМК «Жоғары медициналық колледж»

Алматы қ. Қазақстан Республикасы

Аннотация: *В настоящее время фармацевтический рынок Республики Казахстан непрерывно растет, развивается быстрыми темпами. За последнее десятилетие ассортимент лекарственных средств расширился и обновился. По исследованиям отечественных ученых, в розничной торговле лекарственными средствами лидируют антимикробные препараты, в том числе цефалоспорины, пенициллины, а также фторхинолоны.*

Abstract: *Currently, the pharmaceutical market of the Republic of Kazakhstan is continuously growing, developing rapidly. Over the past decade, the range of medicines has expanded and updated. According to the research of Russian scientists, antimicrobial drugs, including cephalosporins, penicillins, and fluoroquinolones, are leading in the retail trade of medicines.*

Кілт сөздер: фторхинолон тобының препараттары, фармацевтикалық нарық, левофлоксацин.

Кіріспе. Антибиотиктерді бақылаусыз пайдалану, рационалды қолданбау - микроағзалардың тұрақтылығының қалыптасуына сонымен қатар, дәрінің емдік тиімділігінің төмендеуіне әкеледі. Бүкіл дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұсынысы бойынша антибактериалды заттарды қолдануды оңтайландыру бойынша маркетингтік зерттеулер жүргізу қарастырылған. Инфекциялық ауруларды емдеуде алдыңғы орындарды алатын топ – фторхинолондар: антимикробты спектрі кең, оң фармакокинетикалық қасиеттерге ие, ішке қабылдағанда жоғары қолжетімділік, айқын бактерицидтік уыттылығы салыстырмалы төмен, көптеген инфекцияларды емдеуде кең қолданыс тапқан [1].

Зерттеудің мақсаты – ҚР фармацевтикалық нарығындағы фторхинолондар ассортиментін зерттеу.

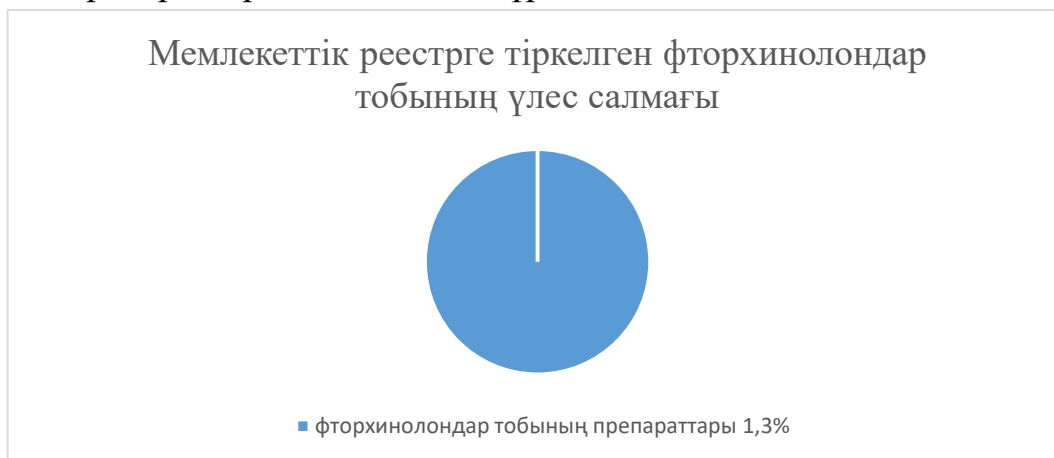
Зерттеу материалдары мен әдістері: Алматы қаласының көтерме және бөлшек фармацевтикалық ұйымдарының прайс-парақтары, мемлекеттік реестр. Фторхинолондардың жіктелуі контент-анализге нормативті-анықтамалық әдебиеттерге негізделіп талдау жүргізілді [2].

Фторхинолондар синтетикалық антимикробтық препараттар тобына жатады. Әсер ету механизмі бактерияның ДНҚ метаболизміне тежегіш әсер көрсетеді, яғни ДНҚ-гираза мен топоизомераза ферменттерін тежейді. Фторхинолондардың спектрі аэробты және анаэробты бактерияларды, микобактериялар, хламидия, микоплазма, риккетсия, боррелия, сондай-ақ

қарапайымдарға қарсы тежегіш әсер етеді [3].

Өмірлік маңызды дәрілік заттар тізіміне халықаралық патенттелмеген атаудағы фторхинолондардың 5 тобы кірген: ципрофлоксацин, офлоксацин, норфлоксацин, моксифлоксацин және левофлоксацин.

Қазақстан Республикасының фармацевтикалық нарықта айналымдағы фторхинолондар тобының препараттар үлесі мемлекеттік тіркеуге алынған жалпы препараттардың 1,3%-ын құрайды.



Сурет 1 – мемлекеттік реестрге тіркелген фторхинолондар тобының үлес салмағы

Кесте 1. Заманауи фторхинолондардың жіктелуі мен номенклатурасы

Ұрпағы	Препараттары
I	Норфлоксацин, Офлоксацин, Ципрофлоксацин, Пефлоксацин, Ломефлоксацин
II	Левофлоксацин, Спарфлоксацин
III	Моксифлоксацин, Гемифлоксацин
IV	Гатифлоксацин, Ситафлоксацин, Тровафлоксацин



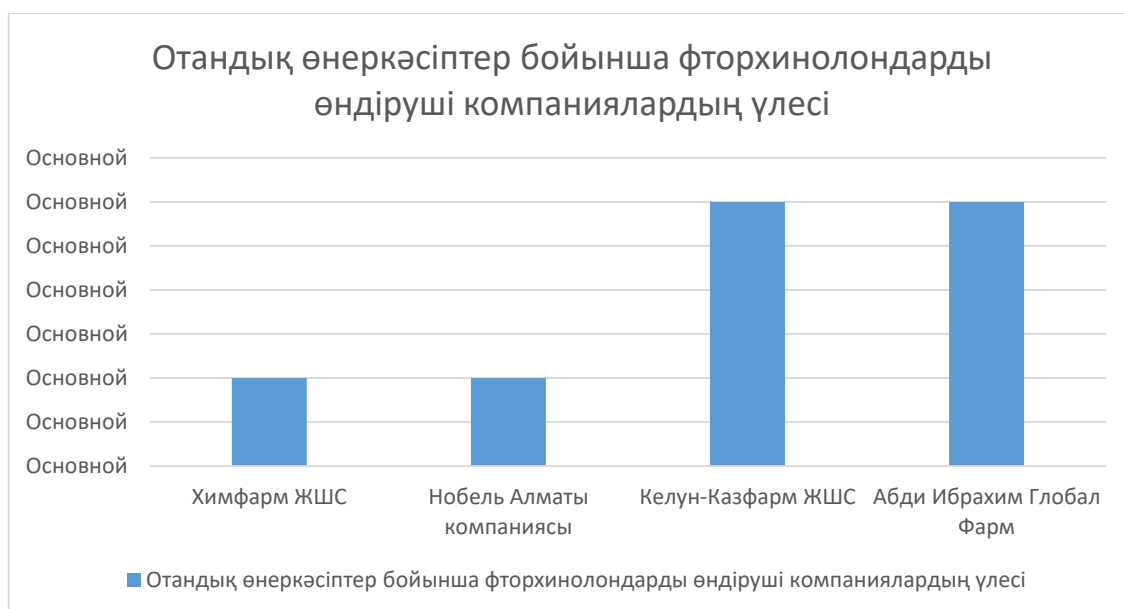
Сурет 2. ҚР фармацевтикалық нарықтағы фторхинолондар тобының микробқа қарсы препараттар ассортименті.

Отандық фармацевтикалық нарыққа фторхинолондарды экспорттайтын негізгі елдер: 50 препарат Үндістан елінен, Ресейден 6 препарат, Германиядан – 4 препарат, Словения – 4 препарат, Румыния – 1, Австрия - 1, Түркия - 9, Египет – 2, Финляндия -1, Франция -2, Македония -1, Пакистан -1, Чех Республикасы -1, Сауд Арабиясы -1, Мальта – 2, Бельгия -1 (сурет 2).



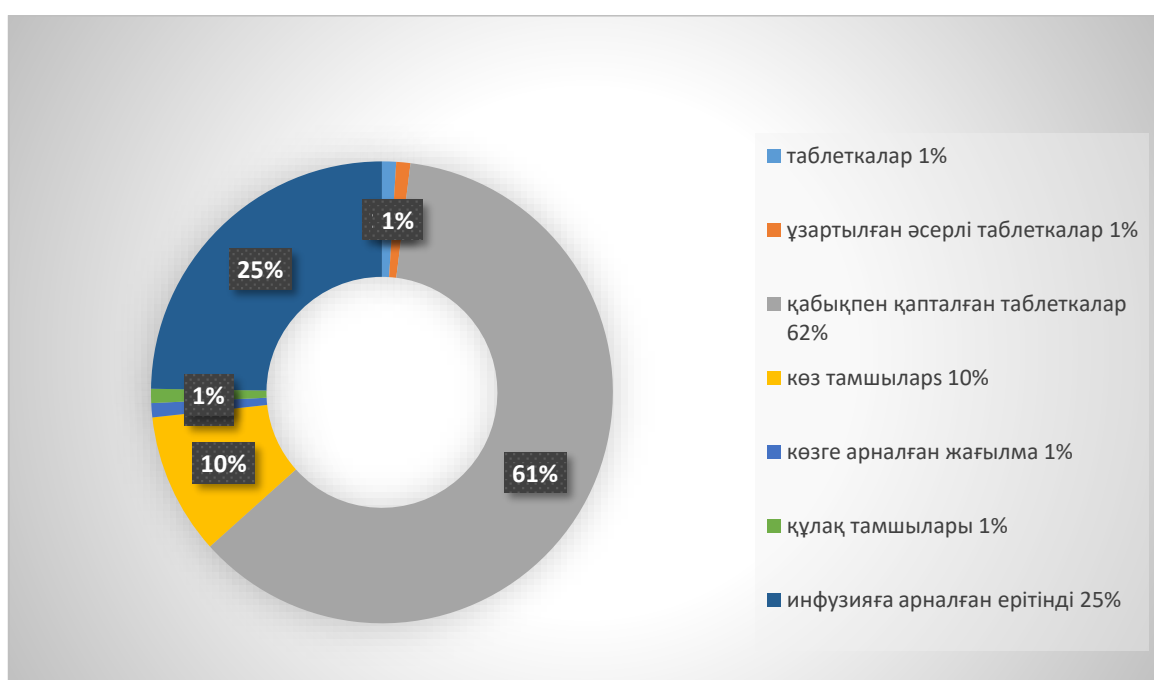
Сурет 3– ҚР фармацевтикалық нарығына келген фторхинолондардың өндіруші елдері бойынша талдауы.

Суреттен көргендей, Қазақстан Республикасының фармацевтикалық нарығына келетін фторхинолон тобының препараттарының өндіруші елі ішінде басым үлесті Үндістан алады. Ал Отандық өнеркәсіптер ішінен бұл топтың дәрілерін өндіретін Келун-Казфарм ЖШС, Абди Ибрахим Глобал Фарм, Нобель Алматы фармацевтикалық компаниясы және Химфарм өнеркәсіптерін айтуға болады.



Сурет 4 – Отандық өнеркәсіптер бойынша фторхинолон тобының препараттарын өндіруші компаниялардың үлес салмағы

Дәрілік қалыптар бойынша препараттарды талдағанда үлкен үлесі қабықпен қапталған таблеткаларға тиесілі (сурет 4).



Сурет 5 – фторхинолондарды дәрілік қалып бойынша талдау

Қорытынды. Осылайша, ҚР фармацевтикалық нарығындағы фторхинолонды қатардағы антибиотикотерапиялық препараттар ассортиментін зерттеу нәтижесінде фторхинолон тобының дәрілері айтарлықтай үлесті алады, 102-ден аса препарат мемлекеттік реестрге кірген. Қазіргі күні отандық шикізатты қолдана отырып, импортқа тәуелсіз өзіміздің өндірісті күшейту басты назарда болу керек.

Әдебиеттер тізімі

1. Падейская Е.Н. Фармакология - Переносимость и безопасность антимикробных препаратов группы фторхинолонов; редкие и очень редкие нежелательные явления. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа://www.nedug.ru/

2. www.dari.kz

3. Падейская Е.Н. Фторхинолоны: значение, развитие, исследования, новые препараты, дискуссионные вопросы // Антибиотики и химиотерапия.– 1998.-№43(11).–С.38-44.

4. Колбин А.С., Балыкина Ю.Е. Исследования и разработки новых антибактериальных средств. Есть ли ограничения в этом направлении? Часть 1. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа.

5. Артыкбаев С.М. Роль маркетинга в современной деятельности фармацевтической компании. Автореф. дис. к.фарм.н. – Б., 2007. – 26 с.

СЕСТРИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ОБРАЗОВАНИИ И НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Абдильдаева К.Л., Акбаева Г.А.,
преподаватели специальных дисциплин
ГККП на ПХВ «Актюбинский медицинский колледж имени героя
Советского Союза Манишук Маметовой»
г.Актобе, Республика Казахстан

Аннотация. Қазіргі жағдайда сапалы кәсіби білім беру жүйесі өзекті міндетке айнауда. Медициналық мекемелердегі барлық күрделі аспаптармен және жабдықтармен жұмыс істеу кезінде практикалық дағдылар мен іскерліктерді меңгерудің маңыздылығына ие болады. Интернет-ресурстарды пайдалана отырып, оқушыларды қашықтықтан оқыту оқу процесінің ажырамас бөлігі болды.

Annotation. *In modern conditions, the system of high-quality professional education is becoming an increasingly urgent task. It becomes important to acquire practical skills and abilities when working with all the more complex devices and equipment in medical institutions. Distance learning of students using Internet resources has become an integral part of the educational process.*

Ключевые слова: профессиональная подготовка, медицинские приборы и оборудование, дистанционное обучение.

На сегодняшний день, одним из наиболее актуальных вопросов профессиональной подготовки учащихся медицинских заведений является изучение и усвоение практических навыков и умений при работе с различными

приборами и оборудованием. Современное оборудование медицинских учреждений постоянно совершенствуется и обновляется, отвечая требованиям качественного предоставления услуг в сфере диагностики и лечения различных заболеваний. Медицинские приборы, в свою очередь, подразделяются на простые и сложные, в зависимости, от целей и методов их применения. К простым инструментам, к примеру, относятся медицинские термометры, одноразовые инструменты – перчатки и шприцы.

В то же время изучение и использование сложного оборудования требует знание компьютера, усвоения сложных манипуляций при проведении профилактических мероприятий, диагностики и лечения различных заболеваний, в целях восстановления и реабилитации пациентов.

Кроме того, различные приборы и оборудование могут быть использованы в целях проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Виды медицинской техники подразделяются на основные группы, в зависимости от области применения:

1. Рентгеновские аппараты - стационарные и мобильные.
2. Эндоскопическое оборудование.
3. Стационарные и мобильные аппараты для ультразвукового исследования.
4. Оборудование и инструменты для исследования биоэлектрической активности головного мозга.
5. Аппаратура для исследования биоритмов сердечной деятельности.
8. Медицинская техника для изучения состояния мышечного тонуса, органов желудочно-кишечного тракта.
9. Медицинские приборы и инструменты для исследования работы системы органов дыхания.
10. Медицинские приборы и инструменты в целях проведения лечебных мероприятий с использованием светового облучения, водных процедур, лечебной физкультуры и массажа.
11. Оборудование и инструменты хирургического профиля.
12. Медицинская техника, используемая для лабораторной диагностики (автоанализаторы, микроскопы, счетчики).
13. Механизированная и лазерная техника для терапевтических целей. Медицинское оборудование для проведения гемосорбции и гемотрансфузии.
14. Оборудование для стоматологических кабинетов.
15. Телевизионная аппаратура (мониторы, телеприборы, используемые при хирургических вмешательствах), приборы, предназначенные для автоматизации и механизации трудоемких и жизненно-важных процессов.

В свою очередь, медицинское электронное оборудование, в зависимости от целей, можно подразделить на две группы:

1. Приборы и инструменты, предназначенные для медико-диагностических целей: медицинский термометр, электрокардиограф и др.
2. Медицинское оборудование для проведения терапевтических процедур,

хирургических вмешательств(аппараты для гемодиализа и др.),в целях обеззараживания(УВЧ терапия, бактерицидные лампы и др.), для обеспечения гомеостаза внутренних сред организма больного.

Приборы, используемые для медико-биологических целей, подразделяются на группы:

- в целях получения, проведения, а также закрепления информации с помощью усиления электрических сигналов;
- приборы, обеспечивающие поддержание физических параметров организма больного, в качестве генераторов электрических сигналов;
- кибернетические электронные приборы.

Электротерапия является одним из важнейших разделов медицины, используемая в физиотерапевтических процедурах профилактики, лечения и реабилитации пациентов.

В настоящее время, качество оказываемых диагностических и терапевтических услуг в медицинских учреждениях, определяется уровнем технического оснащения, современным оборудованием. Результативная работа многопрофильных стационаров, в первую очередь, определяется качеством профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала, и владением навыками работы с современным медицинским оборудованием.

В условиях научно-технической революции дальнейший прогресс в области медицины связан с профессиональным освоением, медицинским персоналом высокотехнологического оборудования.

В связи с этим, приобретает актуальность применение в обучении учащихся медицинских учреждений современных интерактивных средств, таких как интернет, использование интернет-ресурсов в целях дистанционного обучения, электронные библиотеки, анимационные видео уроки, моделирование реальных процессов и явлений в интернет пространстве.

Дистанционное обучение учащихся расширяет границы самообучения за счет доступа к общедоступным источникам информации, дает возможность использования и обработки полученной информации с различных точек зрения. Учащийся может анализировать и обрабатывать полученную информацию для решения поставленных перед ним задач.

На будущее, дистанционное обучение с использованием интернет-ресурсов формирует у студента способность самостоятельного поиска информации для решения тех или иных задач, критического анализа полученной информации, поиска возможностей практического применения полученных знаний в своей будущей профессиональной деятельности. Дистанционное обучение позволяет выработать у студента навыки самостоятельной работы по поиску необходимого материала в большом потоке информации. Это также способствует лучшему пониманию и усвоению информации, концентрации внимания только на одном процессе. Данная интерактивная форма обучения направлена на организацию самостоятельной работы студентов, активное вовлечение студента в образовательный

процесс, что приводит, соответственно, к активизации учебного процесса, в том числе, процесса самостоятельной работы студентов.

Основными видами учебных занятий при дистанционном обучении являются:

- самостоятельное изучение учебного материала;
- материалы лекций;
- консультации с преподавателями;
- практические занятия, проводимые по видеоконференциям.

Формы и методы обучения могут быть различными, например, виртуальные классы для проведения видеоконференций; интерактивные методы (тренинги, ситуационный анализ и т.п.); самостоятельная работа с интернет-ресурсами.

В итоге, широкое использование методов дистанционного обучения должно привести к росту качества образовательного процесса и формированию специалистов медицинского профиля с высоким уровнем профессионального мастерства.

Заключение.

В современных условиях научно-технического прогресса повышаются требования к оснащению медицинских учреждений высокотехнологичным оборудованием. Внедрение и использование сложнейшей аппаратуры, предназначенной для высокоточной диагностики, лечения и профилактики заболеваний предъявляет, в свою очередь, серьезные требования к профессиональным качествам медицинского персонала.

Формирование профессиональных навыков и умений будущих специалистов закладывается в стенах учебного заведения. В настоящее время, революционным направлением в обучении учащихся является дистанционное обучение.

Список литературы:

1. Григорьев Р. – Компьютерные технологии в медико-биологических исследованиях. 2009г.
2. Мищенко В.А. – Самообразование студентов как фактор повышения профессиональной мобильности. Журнал СПО №2, 2011 г.
3. Заславская О.Ю. – Информационные технологии в управлении образовательным учреждением. Учебное пособие. – М., ЦГЛ, 2006 г. – 128 с.

МЕЙРГЕРЛІК БІЛІМ ЖӘНЕ МЕЙРГЕРЛІК ЗЕРТТЕУЛЕР

А.А. Аманова,

«Мейргер ісі» мамандығы, III курс студенті

Б.Р. Давибаева,

«Анатомия, физиология және жалпы патология» пәні оқытушысы

Аннотация. *Сестринское дело в стране - динамичный процесс, требующий постоянного совершенствования. Управление, развитие и воспитание сестринского работника, работающего в сфере здравоохранения, в настоящее время особенно актуально. Сестринское дело, являющееся составной частью системы здравоохранения, обладает достаточным кадровым ресурсом. Он также имеет полную возможность компенсировать потребность населения в доступной медицинской помощи. Всем известно, что Сестринское дело – это одновременно и искусство, и наука. Они проходят специальную практику, сестринское образование и сестринские исследования требуют практической квалификации, сноровки.*

Annotation. *Nursing in the country is a dynamic process that requires constant improvement. The management, development and education of a nursing worker working in the healthcare sector is particularly relevant at the present time. Nursing, which is an integral part of the health care system, has sufficient human resources. It also has the full capacity to compensate for the population's need for affordable and affordable health care. Everyone knows that Nursing is both an art and a science. They go through a special practice, nursing education and nursing research require practical skills, dexterity.*

Кілт сөздер: оқыту, зерттеу, технология, интеграция, жалпы патология.

Медициналық қызмет көрсетуде ауқымды топты құрайтын алғашқы буын – мейіргерлер. Сондықтан мейіргер қызметін дамыту аса маңызды істің қатарында. Сырқамайтын, дәрігерге қаралмайтын адам жоқ. Мейіргерлер – денсаулық сақтау жүйесінің негізі күші. Мейіргелік зерттеулер медициналық көмек пен науқастардың нәтижелерін жақсарту, науқастарға күтім жасау және дәлелді білім беру үшін қажет. Сонымен қатар, мейіргерлік көшбасшылардың жаңа буыны клиникалық күтімнің өзгеруін дәлелдейтін дәлелдемелер ұсынады деп күтілуде. Сондықтан мейіргерлер тәжірибеде, ғылыми білімді дамыту және пайдалануы да аса қажет.

Медициналық білім алушылардың, адам анатомиясы пәнін оқытудағы бастапқы принципі. Дене мүшелері мен ағзалар жүйелерін, олардың топографиялық орналасуын ескере отырып, макро- және микроскопиялық деңгейдегі функциялармен ажырамас байланыс, жас ерекшелігі мен жыныстық айырмашылықтарын сипаттау.

Жалпы патология пәні- медицина мамандар арасында біршама ерекшеленеді. Жалпы патология медицинаның теориялық негізі бола отырып, іргелі бөлімді біріктіреді, сонымен бірге біздің кәсіби пәніміз болып табылады, өйткені ол клиникалық практикадағы күнделікті тәжірибедегі мәселелерді шешеді. Тағы бір ерекшелігі, көп салалы сипатта жүреді. Ол барлық пәндерді қамтиды және жалпы патология пәнін толық меңгермейінше, басқа саладағы клиникалық мәселелерді шеше алмаймыз.

Оқу – тәрбие үрдісіне заманауи технологиялар мен әдістерді енгізу студенттердің білімге деген қызығушылығын, талпынысын арттырып өз бетімен ізденуге шығармашылық еңбек етуге жол салады. Пәндерді оқытуда тиімді әдіс-тәсілдерді пайдалана отырып, сабақты тиімді әрі қызықты өткізу оқытушының шеберлігіне байланысты екені баршамызға мәлім. Қазақстан Республикасының «Білім туралы» Заңының 8 – бабында «Білім беру жүйесінің басты міндеті – оқытудың жаңа технологияларын енгізу, білім беруді ақпараттандыру, халықаралық коммуникациялық желілерге шығу, ұлттық және жалпы адамзаттық құндылықтар, ғылым мен практика жетістіктері негізінде жеке тұлғаны қалыптастыруға, дамытуға және кәсіби шыңдауға бағытталған білім алу үшін қажетті жағдайлар жасау» – деп атап көрсеткендей, қазіргі кезеңде әрбір оқытушының алдына қойып отырған басты міндеттерінің бірі – оқытудың әдіс – тәсілдерін үнемі жетілдіріп отыру және жаңа педагогикалық технологияны меңгеру. Ал білім беру жүйесінің алдындағы жаңа міндеттердің бірі инновациялық педагогикалық оқыту технологияларын пайдаланып білім сапасын арттыру.

Жалпы қазіргі таңда «Жалпы патология» пәнін тереңінен меңгеріп, мейіргерлік білімді арттыру үшін түрлі заманауи технологияларды, әдіс-тәсілдерді қолданған жөн. Мәселен, Zoom платформасын, интеграциялық оқыту жүйесін, сұрақ-жауап тәсілдерін, Фишбоун әдісін, тестілік бағдарламаларды, электронды сайттар мен кітаптарды пайдалану күннен-күнге тиімді болу үстінде.

Презентациялар технологиясы. Бұл технология, бір жағынан, білім алушыларға жалпы патология пәнінен жаңа материалды көрнекі көрсету құралы болатын болса, екінші жағынан, оқытушыға осы материалды дайындауды және оны қолдану процесін де жеңілдетеді.

Мейіргерлік іс бойынша дәлелді ақпараттың негізгі электрондық көздері:

Деректер базасы	Сипаттама	Интернеттегі адресс
CINAHL	1983 жылдан бастап 3 мыңнан астам журнал индекстелінген	www.cinahl.com
MEDLINE pubmed	1966 жылдан бастап 12 млн мақала жарияланған	http://www.pubmed.com
Evidence-Based Nursing	Тәжірибелі мейіргерлердің мақалалары жарияланады	http://ebn.bmjournals.com
Кокран кітапханасы (The Cochrane Library	Жүйелі шолулар; емдік араласулар тиімділігі; бақыланатын клиникалық зерттеулер регистрі (ША); Бірнеше мәліметтер қоры бар:	http://www.theCochraneLibrary.com
Clinical Evidence	Клиникалық ұсыныстарды әзірлеуге арналған материалдар жинақталған	http://www.clinicalevidence.com

«Мейіргер ісі» 3-ші курс білім алушыларының арасында интеграциялық оқытуға зеттеу жүргізу.

Мейіргерлік оқытуды зерттеу негізінде интеграциялық жүйені қолданудың тиімділігі жайында айтып өтсек.

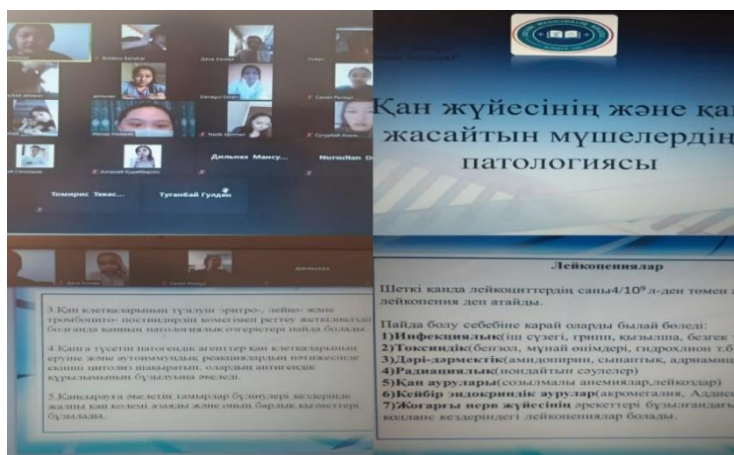
Интеграциялық оқыту - адамның тұлғасын әлемдік дамыту және өзін-өзі дамытуда, тұтас көрінісін жасау үшін белгілі бір білім беру жүйесінің ішіндегі мазмұнның құрылымдық компоненттері арасындағы қарым-қатынастарды құру процесі. Интеграциялық білім берудің сәтті болуы негізінен кешенді бағалауды іске асыруға тәуелді. Білім беру стратегиясы мен бағалау әдістемесінің арасындағы сәйкессіздік кез-келген бағдарламаның сәтсіз жолға түсуіне әкеледі. Кәсіби пәндерде бағалау құралдары клиникалық шешім қабылдау дағдысын бағалай алу керек.

Интеграциялық білім берудің болашақ мейіргерлер үшін мүмкіндігі мол. «Жалпы патология» пәнінде интеграциялық оқыту жүйесі тиімді көрсетіштер әкеледе.

Интеграциялық сабақ- бұл оқытушының шығармашылығы. Бұл сабақтардың оқу-танымдық міндеті анық болуы қажет.

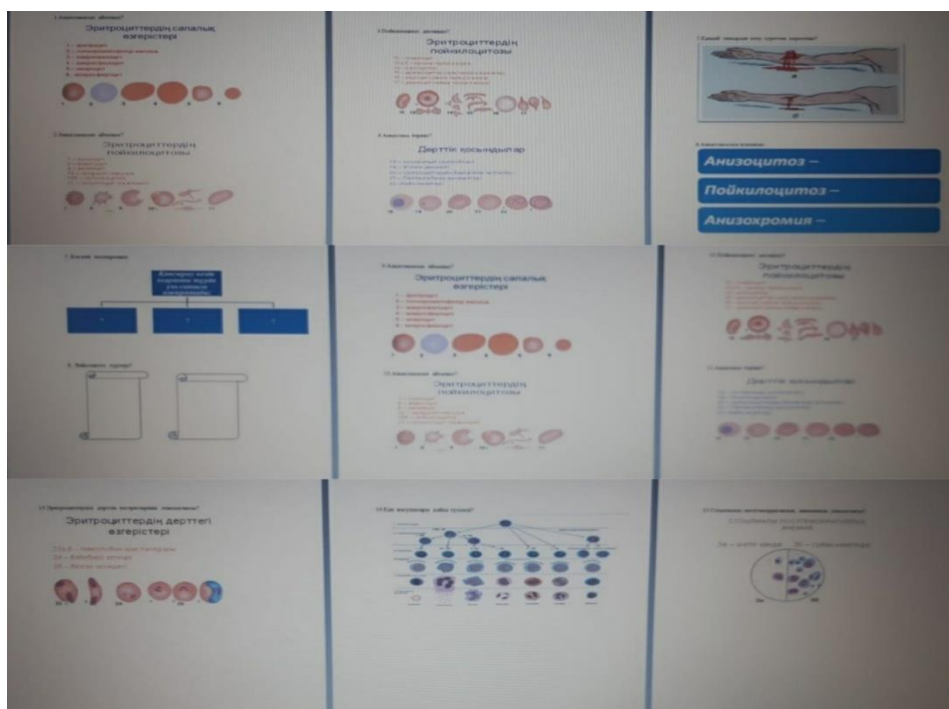
1. Басқа пәннен алған білімге сүйеніп шешіледі,
2. Мұндай сабақ басқа пәннен алған білімді пайдалану бойынша жоғары белсенділікпен қамтамасыз етілуі қажет,
3. Пәнаралық байланысты жүзеге асыру, оқылған тақырып мәнін түсіндіруге бағытталуы қажет,
4. Білім алушылардың әр түрлі пәндерден алған білімдері арасындағы байланысты тануға деген қызығушылықтарын оятуы қажет.

Жоғарыда айтылған талаптарға сәйкес «Мейіргер ісі» 3-ші курс білім алушылар арасында **«Қан жүйесінің және қан жасайтын мүшелердің патологиясы»** тақырыбының аясында интеграциялық оқыту сабағы өткізілді. Сабақ онлайн жүйеде Zoom платформасында өтті. «Экранды демонстрациялау» көмегімен презентациялық жұмыс бойынша 5-7 минут көлемінде сабақ түсіндіріледі.



Тақырыпты түсіндіріп болған соң, экранға анимациялық ойын көрсетіледі. Әр білім алушы өз қалауымен сан таңдап, берілген сұраққа нақты жауап беру арқылы, тақырып бойынша не түсінгендерін айтып береді. Кей білім алушылар сұраққа мардымсыз жауап берді, басқа білім алушылар арқылы толықтыру жүргізілді. Келесі

кезекте білім алушыларға 15 сұрақтық тапсырмасы берілді. Әр сұраққа 2 минуттан жалпы 30 минут уақыт берілді.



Тестті 13 білімгер тапсырды. 7 білімгер толық - 15сұраққа, 4 білімгер - 10 сұраққа, 2 білімгер - 10 сұрақтан төмен жауап берді.

Сабақ аяқталуға таяғанда оқытушы интеграциялық оқыту жүйесінің тиімділігі қаншалықты болғанын саралап

айтады. Сонымен қатар білім алушылар да өз пікірлерін ашық білдірді. 10 - 11 білім алушы интеграциялық оқыту- қызықты әрі тиімді, тақырып түсінікті болып, сұрақтық тапсырмалар арқылы тақырыпты бекіткендерін жеткізсе, 2-3 білім алушы толық түсіне алмай, бұл жүйеде оқу кішкене қиындықтар туғызғандығын жеткізді.

Қорытынды. Жалпы қорытындылай келе, мейіргерлік білім жүйесін арттыру және зерттеу мақсатында түрлі технологиялар, әдіс-тәсілдер ойлап тауып, болашақ мейіргерлерді жігерлендіріп, мейіргерлік білім алу және зерттеу қабілеттерін арттыру жұмыстарын жүргізу қажет. Сол кезде қай ақпарат болмасын қызықты, ұнамды, құнарлы болып, білім қоржындарында орын алады. Өмірлік қазық болып, адам жадында сақталады. Мейіргерлік істе зерттеу жүргізудің түпкі мақсаты-мейіргерлік тәжірибенің сапасын арттыру. Ал мейіргерлік тәжірибенің сапасын арттыру үшін мейіргерлер зерттеуге қажетті дәлелді ақпараттарды қолдана білуді, ақпаратты қалай дұрыс пайдалану, қандай жарияланымдар мен ұсыныстарға сенім білдіру керектігін білуі тиіс.

Қолданылған әдебиеттер тізімі.

- 1) 2005-2020жж. Меншік иесі: «Egemen Qazaqstan» РГ». ҚР Ақпарат және коммуникация министрлігінің №16827-СИ куәлігі берілген. (egemen.kz: <https://egemen.kz/>)
- 2) Қазақстан Республикасының «Білім туралы» Заңы.
- 3) Интербелсенді әдістемені ЖОО-да қолдану мәселелері А. Әлімов Алматы 2013ж.
- 4) Жаугашева С. К. «Кредитные технологии в образовательном процессе Карагандинского государственного медицинского университета с использованием принципов интегрированного обучения» /С. К. Жаугашева, М.

М. Тусупбекова, С. Б. Жаутикова // Медицина и экология. - 2014. - №4(73). - С. 53-54./

5) «Инновационные технологии в обучении и оценке учебных достижений студентов» Карагандинского государственного медицинского университета /М.К.Телеуов, Р.С.Досмагамбетова, В.Б.Молотов-Лучанский и др.-Караганда, 2010. - С. 10-85.

6) Қазақстан Республикасының 2011-2020 жылдардағы білімді дамытудың «МЕМЛЕКЕТТІК БАҒДАРЛАМАСЫ» <http://www.edu.gov.kz>

7) Ұлағат порталы www.ulagat.com

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ

Кучерова И.В.

преподаватель дисциплины «Сестринский уход и безопасность пациента»

Какен Т.К.

медицинская сестра ТОО «Маркиза» Асмед 2

студентка специальности «Сестринское дело», квалификации

«Прикладной бакалавр сестринского дела»

Казахстанско-Российский Высший медицинский колледж

г.Алматы, Республика Казахстан

Аннотация. *Мақалада зертханалық клиниканың дамуы жағдайында зертханалық зерттеулерді стандарттау қажеттілігінің маңызды рөлі туралы мәліметтер келтірілген.*

Бірінші: стандартталған қан қабылдаумен тығыз байланысты преаналитикалық кезеңнің мәндерін бағаламаңыз.

Екінші: медициналық мекемеде пациенттерге қызмет көрсету сапасы қаншалықты қауіпсіз және ауыртпалықсыз, венпункция жасалады деген сұрақтар.

Annotation. *The article presents data on the important role of the need to standardize laboratory tests in the development of laboratory clinics.*

First, we underestimate the importance of the preanalytic stage, which is closely related to standardized blood sampling.

Second, questions about how safe and painless is the quality of patient care in a medical institution, venipuncture.

Ключевые слова: медицина, лабораторные исследования, актуальная проблема, лаборатория, ранняя диагностика, биологические исследования, преаналитический этап, вакуумная система.

Существуют несколько способов взятия крови:

1 способ. Современный, использование новых технологий, в основе которого лежит использование одноразовых вакуумных систем. Что позволяет обеспечивать биологическую безопасность в медицинских организациях здравоохранения, т.е. профилактики парентеральных инфекций. Так же обеспечивает сохранность образца, высокое качество анализа, предотвращает риск заражения гемоконтактными инфекциями.

Что собой представляет вакуумная система для забора крови или вакутейнер – это одноразовое изделие медицинского назначения для безопасного и быстрого взятия венозной крови. В изделиях находятся реагенты и добавки для проведения анализов в строгом соответствии с соблюдением стандартов. Для изготовления используют прочный материал, способствующий безопасности работы медицинских сотрудников при работе с ними. Это система, позволяющая быстро и качественно взять кровь у пациента. Время забора сокращается на 30-50%, при этом кровь в пробирке не подвергается гемолизу, что самое ценное одной венепункции достаточно для отбора крови в несколько пробирок, что сокращает болевые ощущения у пациентов, а также чувство страха перед многочисленными вмешательствами в вену.

Таблица 1

ВИДЫ ВАКУМНЫХ ПРОБИРОК



2 способ. Распространённый, взятие забор крови шприцами, - это кропотливый, трудоемкий лабораторный процесс, но еще пока применяется в медицинских организациях. Этот метод не позволяет проводить стандартизацию преаналитического этапа лабораторного исследования. А также не может защитить медицинский персонал и пациентов от риска заражения возбудителями парентеральных инфекций.

Главная причина недостаточного применения в медицинских организациях вакутейнеров, а также других одноразовых медицинских инструментов, была их «высокая» стоимость. Уже доказана конкурентоспособность вакутейнеров перед распространённым методом забора крови. Проанализированы и проведены расчеты затрат на использование вакутейнеров и пробирок многократного применения, что при использовании последних учитываются не только прямые затраты на закупку изделий медицинского назначения.

Дополнительные затраты:

- финансовые потери медицинской организации по причине несоблюдения мер безопасности пациентов и медицинского персонала;
- связанные с повторными взятиями забора крови у пациентов из-за гемолиза;
- на дезинфекцию, предстерилизационную и стерилизационную обработку изделия медицинского назначения для повторного использования;
- наличие ручных методов исследования;
- несвоевременная поставка реактивов;
- назначение большого количества малоинформативных анализов.

Современная лабораторная медицина условно делится **на три этапа:**

- преаналитический: начинается с момента выписывания медицинским работником направления, затем процедуру взятия крови, доставку в лабораторию, центрифугирование, пробоподготовку и постановку в анализаторы;
- аналитический, на котором проводится тестирование образца;
- постаналитический, который включает в себя интерпретацию результатов и их передачу медицинскому работнику.

Лабораторная служба РК основана:

I. Стандартизацией: Технология процесса и контроль качества исследования - каждая процедура должна быть стандартизирована.

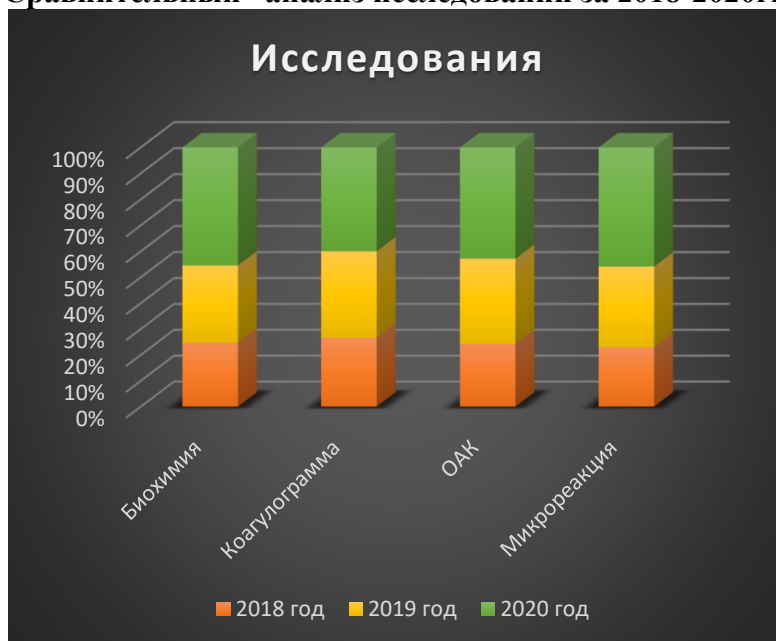
II. Преемственность лабораторных исследований:

- стандартные методики;
- стандартные технологии;
- высококачественные реактивы;
- контрольные материалы.

III. Этапность: объем исследований соответствует уровням оказания медицинской помощи населению.

Таблица 2

Сравнительный анализ исследований за 2018-2020гг.

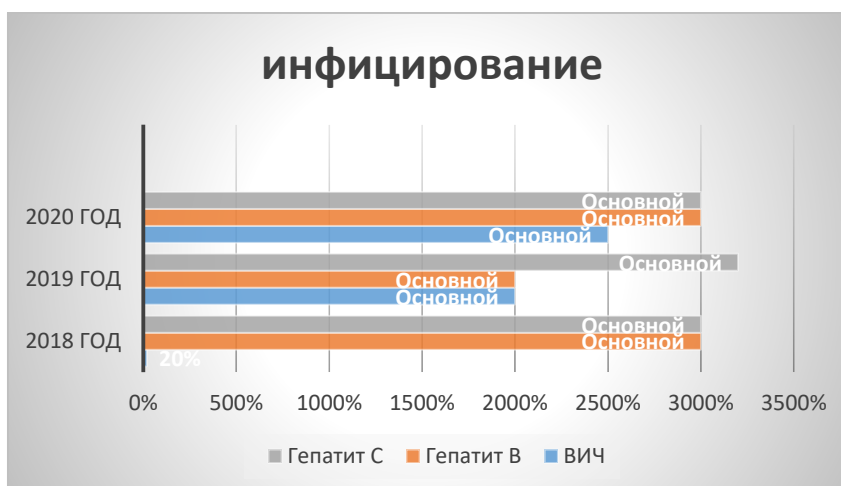


Из таблицы видно, что идет рост исследований.

Чтобы исключить затраты на предупреждение инфицирования медицинских сестер и персонала лаборатории вследствие травмы иглами или порезами при работе со стеклянными изделиями или при разлинии биоматериала, при центрифугировании или открывании, необходимо соблюдать санитарно-гигиенический режим медицинской организации, техники безопасности при работе с биологическими жидкостями, а также при работе с вакуумными системами забора крови.

Таблица 3

Случаи инфицирования медицинских работников



Согласно статистическим данным, при проколе кожи одноразовым шприцом (иглой) риск заражения гепатитом В и С – 30% (1 из 30), ВИЧ – 0,3% (1 из 300).

Из выше указанного видно, что вакутейнеры забора крови позволяют стандартизовать преаналитический этап. Также соединимость с преаналитическим и аналитическим оборудованием безопасны и снижают затраты на предстерилизацию, дезинфекцию и стерилизацию.

Есть и вторая причина повышенного внимания к преаналитическому этапу. Это связано с улучшением положения материально-технической базы медицинских лабораторий, приобретением высокотехнологической медицинской техники и технологическими инновациями в оснащении лабораторий. А именно – оснащением клинично-диагностических лабораторий современными автоматизированными системами исследований (анализаторами), что позволяет получать точные результаты анализов биоматериалов. Но, что не мало важно, при этом уменьшился объем анализируемого образца и ощутимо повысилась чувствительность методов. Современные автоматизированные системы исследований чувствительны к качеству исследуемого биологического материала, естественно предъявляют высокие требования к правилам взятия, хранения и срокам доставки биологических проб.

Таблица 4

Вакуумные системы забора крови позволяют не допустить:



Самое важное, это квалификации медицинского персонала процедурных кабинетов и медицинских отделений, осуществляющих взятие забора биоматериала, работы с ним и транспортировки, большую роль имеет опыт медицинской сестры и уровень профессиональной подготовки. Тут как раз и придут на помощь вакуумные системы взятия крови, которые состоят из двусторонней иглы с защитным колпачком, который не допускает риск случайного укола иглой, держателя, а также стерильных одноразовых пробирок с содержанием вакуума, различными химическими наполнителями, которые обеспечивают безопасность процедуры и стандартизации, что показывает качество выполняемой процедуры и дает представление об обслуживании в медицинской организации.

Еще один немаловажный вопрос – взаимоотношения «пациент – медицинский работник» при качественном проведении забора крови

(венепункции) и качество систем. Мы всегда должны учитывать тот момент, что прежде чем начинать проводить процедуру забора крови, надо учитывать психологический настрой пациента. Подготовить пациента, рассказать про процедуру, для чего она будет проводиться и увидеть его ответную реакцию на эту манипуляцию. Интересы пациента обычно остаются за пределами внимания медицинской организации, пока им не будут высказаны жалобы к работе медицинского персонала, к его низким навыкам проведения манипуляции из-за несоблюдения алгоритма данной процедуры, появлении отека или гематомы на месте проведения манипуляции. Как выше сказано, всегда важно для практического здравоохранения то, что использование вакутейнеров в медицинских организациях для взятия анализов крови в полной мере решает проблему внутрибольничной инфекции, соблюдением мер безопасности работы с биологическими материалами медицинскими сотрудниками и обеспечения инфекционной безопасности медицинского персонала и пациента.

Выводы.

Согласно данным «Samples: from the patient to laboratory» на преаналитический этап приходится от 46 до 68% всех лабораторных ошибок. Частыми причинами некорректных лабораторных результатов исследований являются ошибки, допущенные на преаналитическом этапе. Самая распространенная – неправильное взятие пробы, также дальнейшие ошибки в процессе постановки диагноза, лечения, связанные с неточными врачебными выводами или решениями, которые ставятся на основании полученных результатов лабораторных исследований. В 24,4–30% случаев лабораторные ошибки приводят к серьезным, а порой и непоправимым для пациентов результатам при оказании медицинской помощи. Поэтому особое внимание надо уделять качественному выполнению преаналитического этапа, который непосредственно влияет на качество предоставляемых медицинских услуг, вследствие этого повышается рейтинг конкурентоспособности медицинской организации. Определенное внимание уделяется системе контроля качества. Эта проблема есть во всем мире. Пресловутый вопрос: «Почему результаты разных лабораторий выдают разные результаты?» - остается актуальным по сей день.

Литература:

1. По материалам «Samples: from the patient to laboratory»
<http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9783527612505>
2. Решение для лабораторий: «Забор крови: как избежать ошибок»
3. Информационный студенческий журнал: <https://studopedia.net/>

«ЕРЕСЕК СТУДЕНТТЕРГЕ» КӘСІБИ ШЕТ ТІЛІН ОҚЫТУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Г.А. Амрина, З.Б. Джамалдинова

*Преподаватели иностранного языка,
Алматы қаласы ДСБ ШЖК МКК «Жоғары медициналық колледж»
Қазақстан Республикасы, Алматы*

Аннотация. В статье приводятся основные особенности и проблемы обучения «взрослых студентов» иностранным языкам. Необходимость организации учебного процесса таким образом, чтобы он был ориентирован на реализацию практических профессиональных умений студентов, обеспечивал приобретение ими не только языковых, но и профессиональных компетенций и навыков.

Annotation. The article presents the main features and problems of teaching "adult students" foreign languages. The need to organize the educational process in such a way that it is focused on the implementation of practical professional skills of students, ensuring that they acquire not only language, but also professional competencies and skills.

Ключевые слова: коммуникация, профессиональный опыт, мотивация, когнитивные особенности, сотрудничество.

Қазіргі уақытта әлемде жаһандану, қоғамдағы еңбек нарығындағы бәсекеге қабілеттілікті кеңейту процестері жандануда. Көптеген адамдар халықаралық қарым-қатынас пен қызметте толық серіктес болу үшін шет тілін үйренудің шұғыл қажеттілігін сезінеді. Әлемдік аренадағы медицинаның даму тенденциялары, атап айтқанда мейіргер ісі қазіргі заманғы денсаулық сақтау жүйесінде бәсекеге қабілетті мейіргерді даярлаудың ролін едәуір күшейтеді. Еліміз үшін «Мейіргер ісі» жүйесін дамыту ол білім берудің барлық деңгейлерін дамыту, халықаралық стандарттар деңгейінде білім беру сапасын бақылау, білім деңгейіне сәйкес әртүрлі лауазымдағы «Мейіргер ісі» институтын тәжірибеге енгізуді білдіреді.

«Ересек студенттер» шет тілін үйренуде үлкен қиындықтарға кезігетіні баршамызға белгілі, бұл көбінесе шет тілін үйренудің қиындықтары және оқу мерзіміне қойылатын жоғары талаптармен түсіндіріледі. Ересек аудиторияны оқытудың бірқатар ерекшеліктері бар, оларды білу және есепке алу әдістемелік тәсілдерді тиімді пайдалануға және оқу процесін оңтайландыру мәселесін шешуге көмектеседі.

Психологтардың пікірінше, механикалық жадпен салыстырғанда логикалық жад көрсеткіштері жасына қарай жақсарады, бірақ қысқа мерзімді жад көрсеткіштері нашарлайды. Дамыған логикалық ойлау, жинақталған тәжірибе, ұсынылған білім сомасынан қорытынды жасау қабілеті қысқа мерзімді жады көлемін толтыруға көмектеседі. Ересектерді оқытуда адамды іс-әрекетке итермелеуде, оның ішкі энергиясын жұмылдыруда, оның іс-әрекеттері

мен іс-әрекеттерінің бағытында өз көрінісін табатын мотивация ерекше маңызға ие болады [1].

Ересектерді оқыту оқу процесін нақты ұйымдастыруды және педагогикалық қарым-қатынастың ерекше формаларын қажет ететіні сөзсіз. Жоғары білікті мамандардан тұратын ересек аудиторияны оқыту әр оқушының жеке басына назар аударуды, оның әлеуметтік рөлін ескеруді талап етеді. Дұрыс ұйымдастырылған педагогикалық қарым-қатынас оқу процесін жеделдетуге және «ересек студенттердің» сөйлеу белсенділігін арттыруға мүмкіндік береді. Шет тілін оқытудың сәттілігі адамның эмоционалды жайлылығымен және топтағы тұлғааралық қатынастардың сипатымен тығыз байланысты, сондықтан топтарды жинақтау мәселесін шешуде тіл меңгеру деңгейін де, топ мүшелерінің жасын да ескеру қажет. Оқу процесінде психикалық жайлылықтың оңтайлы жағдайларын жасау үшін достық қатысумен, эмоционалды жауаптылықпен және сұхбаттасушыға назар аударумен сипатталатын табиғи бейресми қарым-қатынасқа ұмтылу керек. Оқытушы білімгерлердің нәтижелері мен жетістіктерін жүйелі түрде бақылау және олардың жауаптарына түсініктеме беру, артықшылықтары мен кемшіліктерін атап өту, нақты кеңестер беру және оларды күш-жігері мен жетістіктері үшін ынталандыруды ұмытпау керек. Ғалымдардың пікірінше, ересек студенттердің негізгі айырмашылықтары:

- өзін дербес, өзін-өзі басқаратын тұлға ретінде таниды және өмірлік тәжірибесі мол, оның ішінде оқу тәжірибесі де бар;
- оқу іс-әрекетінің көмегімен өзінің кәсіби проблемаларын шешу мүмкіндігіне негізделген оқуға деген жоғары уәждемесі бар;
- алған білімдері мен дағдыларын күнделікті және кәсіби өмірде іс жүзінде қолдануға ұмтылады;
- оқытудың сапасы мен нәтижелеріне қатысты жоғары талаптар қояды.

Осылайша, ересектерді оқытуды ұйымдастырудағы негізгі педагогикалық принциптер: тәуелсіз оқытудың басымдығы, бірлескен іс-әрекет принципі, тәжірибеге сүйену, даралау, оқу бағдарламаларын қалыптастырудағы икемділік, оқытудың практикалық бағыты, оқытушының ұйымдағы рөлі, кеңес беру, білім беру. «Ересек студенттерді» оқытатын оқытушының рөлі ТЖКБ студенттерін оқытатын оқытушының рөлінен біршама ерекшеленеді [2-3]. Ересек студенттер оқу іс-әрекетінде неғұрлым тәуелсіз болғандығы және олардың кәсіби тәжірибесіне сүйене алатындығы, мұғалімнің функциясы оларға қажетті білім алуға және дағдыларды қалыптастыруға көмектеседі. «Ересек студенттерді» кәсіби шет тілін оқытуда оқытушы сабақтарда: ақпаратты талдау, диалогтар мен монологтар, пациенттің мәселелерін шешу, жобалау жұмыстарын дайындау мен қорғауды, рөлдік ойындарды, медициналық құжаттаманы шет тілінде жүргізуді және т. б. қолданады.

Оқу басталғаннан бастап, тіпті жанадан бастаған топтарда да студенттер практикалық бағыттағы іс-шараларға қатысады. Олар қажетті ақпаратты топтағы «серіктесімен» бірге іздеу, талдау, қорытындылаумен айналысады, сонымен қатар телефон арқылы пациентке ақпарат беруді үйренеді. «Ересек

студенттер» балама шешімдерді талдайды, өз таңдауын сауатты және дипломатиялық түрде дәлелдеуді үйренеді. Жобалау жұмыстары медициналық мекеменің презентациясы, белгілі бір медициналық мекемеде көрсетілетін қызметтер, пациентпен, оның туыстарымен қарым-қатынас стратегиясы және әріптестер арасындағы қарым-қатынас сияқты әртүрлі тақырыптарды қамтиды. Сабақтарда көп көңіл бөлінетін жұмыс түрі- ол жұптық жұмыс. «Ересек студенттер» медицинаға қатысты түрлі пікірталастарға қатысады, өз ойын шет тілінде жеткізуді үйренеді. Оқытушы сабағын пациенттен сұхбат алу, анамнез жинау жұмыстарын ойын форматында өткізеді.

Айта кетітін жайт, оқытушы бірқатар проблемаларға тап болуы мүмкін. Ең бастыларының бірі-ересек студенттердің ақпаратты қабылдау, есте сақтау және ойлау қабілетінің ерекшеліктері. Ересектердегі бұл когнитивті процестер әсіресе кешкі уақытта, ауыр жұмыс күнінен кейін баяу жүреді. Сонымен қатар, өмірлік және кәсіби тәжірибе теріс рөл атқара алады, өйткені ересек адамның қалыптасқан психикалық модельдері мен мінез-құлық әдеттері бар. Ана тіліндегі ойлау стереотиптері оған шет тілінің сөйлеу құрылымдарын игеруге кедергі келтіреді [4]. Өз ұйымдарында жоғары лауазымға ие кейбір «ересек студенттер» де өздерінің беделіне алаңдайды. Олар қабілетсіз болып көрінуден қорқады, қателіктер жасаудан уайымдайды, бір нәрсе істемейтіндігінен ұялады және нәтижесінде оқу процесіне белсенді қатысудың орнына олар үнсіз қалады. Сонымен оқытушы бұл процесті қалай қызықты ете алады:

- ✓ студенттердің шет тілін үйрену кезінде қандай мақсаттарды көздейтінін білу және сабақ құру кезінде осыны ескеру;
- ✓ «ересек студенттерді» рөлдік ойындарға тарту, пациент пен оның туыстарының мәселелерін талқылау;
- ✓ «ересек студенттерге» бастамашылық таныту және өз бетінше зерттеулер жүргізу еркіндігін беру;
- ✓ ересектердің психологиялық ерекшеліктерін ескеріп, олармен бірге жұмыс жасау;
- ✓ сабақтарда жайлы және қауіпсіз атмосфера құруға ұмтылу;
- ✓ уақыт шектеулерінің болуын ескеру және негізгі жұмыс аудиторияда өтетіндей сабақты жоспарлау;
- ✓ алынған білімді кәсіби қызметте қолдануға және одан әрі оқуға ынталандыру жасау.

Осылайша, ересектерге шет тілін оқытудың негізгі психолінгвистикалық ерекшеліктері ол оқыту процесінде туындайтын қиындықтарды, шет тілін меңгерудің негізгі принциптерін жүзеге асыруды, шет тілін оқытудың жеке стратегияларын қолдануды ескеру болып табылады. Бұл жағдайда ересектерге шет тілін оқыту процесі коммуникативті және танымдық дағдылары ғана емес, сонымен қатар жеке қызығушылық пен өмірлік қажеттіліктерге негізделген оқытудың жеке стильдері мен стратегияларын қолдануға мүмкіндік береді.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Козлова, О. В. Интегративная технология обучения взрослых иностранному языку / О. В. Козлова // Современные наукоемкие технологии. - 2005. - № 8. - С. 135-137.
2. Колесникова И.А. Основы андрагогики: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Колесникова И.А., Марон А.Е., Тонконогая Е.П. и др.; Под ред. И.А.Колесниковой.
3. М.: Издательский центр «Академия», 2003. - 238 с. (Kolesnikova I.A. Osnovy andragogiki: Ucheb. posobie dlja stud. vyssh. ped. ucheb. zavedenij / Kolesnikova I.A., Maron A.E., Tonkonogaja E.P. i dr.; Pod red. I.A.Kolesnikovoj. — М.: Izdatel'skij centr «Akademija», 2003.
4. Гальскова Н. Д. Современная методика обучения иностранным языкам: Пособие для учителя. – 3-е изд., перераб. и доп. / Н.Д. Гальскова. М.: Аркти, 2004.

ЗНАЧЕНИЕ СВОЕВРЕМЕННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ДО 18 ЛЕТ С РАЗЛИЧНЫМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Бейскулова Э.Т.

заведующая кафедры «Прикладной бакалавр сестринского дела»

Кучерова И.В.

преподаватель дисциплины «Сестринский уход и безопасность пациента»

Кожалимова А. Ч.

старшая медицинская сестра отделения «Онкологии и гематологии I»

АО «Научного центра педиатрии и детской хирургии» (НЦПДХ)

студентка специальности «Сестринское дело», квалификации «Прикладной бакалавр сестринского дела»

*Казахстанско-Российский Высший медицинский колледж
г.Алматы, Республика Казахстан*

Аннотация. Мақалада балалардың онкологиялық диагностикасы, емдеу және практиканың заманауи мәселелері бойынша пайымдау, бағалау, болжамдар келтірілген. Ол ақпараттық элементтерді, талқыланған тақырыптар мен мәселелердің практикалық және теориялық маңыздылығын, отандық балалар онкологиясының жағдайы мен дамуын біріктіреді.

Annotation. The article presents the reasoning, assessment, and forecasts on the current problems of pediatric cancer diagnosis, treatment, and practice. It combines elements of informativeness, practical and theoretical significance of the discussed topics and issues, the state and development of Russian pediatric oncology.

Ключевые слова: медицина, детская онкология, актуальная проблема, государственная политика, ранняя диагностика, научные исследования, современная модель.

Лечение рака у детей является крайне актуальной проблемой современной медицины, которой уделяется огромное, пристальное внимание во всем мире и в частности в Казахстане. В Казахстане детская онкологическая служба была создана в 1964 году. Важнейшей составляющей здравоохранения является принятая в 2012 году Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан, что позволила улучшить состояние онкологической службы и повысить уровень оказания медицинской помощи онкологическим пациентом. Таким образом, государственная политика создала предпосылки к формированию современной модели онкологической помощи, ориентированной на пациента, определяемой как координированная, интегрированная и доступная помощь для всех.

Поскольку предотвратить развитие рака у детей, как правило, невозможно, наиболее эффективная стратегия для сокращения бремени детского рака и улучшения показателей исхода болезни заключается в сосредоточении внимания на своевременной и правильной диагностике с последующим действенным лечением, основанным на фактических данных, и индивидуально-ориентированной поддерживающей терапией.

Ранняя диагностика весьма актуальна во всех обстоятельствах и улучшает показатели выживаемости при многих видах онкологических заболеваний. Программы, направленные на содействие развитию ранней и точной диагностики, успешно реализуются в самых разных странах независимо от уровней дохода, нередко в рамках совместных усилий правительственных органов, гражданского общества и неправительственных организаций с энергичным участием родительских объединений. Рак у детей сопровождается рядом тревожных симптомов, которые могут заметить члены семьи и квалифицированные специалисты по оказанию услуг первичной медико-санитарной помощи.

Ранняя диагностика состоит из трех компонентов:

- информированность о симптомах у ребенка членов семьи и специалистов по оказанию услуг первичной медико-санитарной помощи;
- точная и своевременная оценка клинической картины, диагностика и стадирование (определение степени распространения рака);
- обеспечение доступа к безотлагательному лечению.

Эпидемиология опухолей у детей – это эпидемиология их родителей: профессиональное вредное воздействие, вредные привычки, различные физические и химические воздействия прежде всего, влияют на родителей, а через родителей на детей (на маленьких детей внешняя среда, климатические, физические, химические и географические условия действуют опосредованно через их матерей). Также наличие злокачественных новообразований у детей связывают с вирусными инфекциями и другими заболеваниями во время

беременности у матери, с акушерской патологией, с полом и возрастом, с пороками развития, с вакцинацией матери во время беременности, с врожденными и семейными факторами.

Выявление онкологических заболеваний у детей является сложной процедурой, так как обнаружить опухоль, пока она еще не достигла тех размеров, которые можно обнаружить (больших размеров), значительно труднее. Ребенок не испытывает болезненных ощущений до тех пор, пока новообразования не начинают сдавливать внутренние органы, причиняя тем самым боль, дискомфорт.

Первыми признаками наличия онкологической болезни у детей являются физические недомогания: вялость, слабость, выраженная бледность, тошнота, рвота, которые обычно можно легко перепутать с простудными заболеваниями. Виды детской онкологии объединяют в три основные группы:

1. эмбриональные новообразования;
2. ювинальные опухоли;
3. образования по взрослому типу.

Эмбриональные опухоли развиваются из клеток зародыша, по гистологическому строению схожи с тканями эмбриона. К ним относятся:

1. гепатобластома;
2. медуллобластома;
3. нефробластома;
4. ретинобластома;
5. рабдомиосаркома;
6. нейробластома.

Ювинальные опухоли возникают в подростковом и детском возрасте в результате перерождения в раковые клетки зрелых тканей. К ювинальным образованиям относят:

1. лимфогранулематоз;
2. неходжскинские лимфомы;
3. астроцитомы;
4. синовиальноклеточная карцинома;
5. остеогенная саркома.

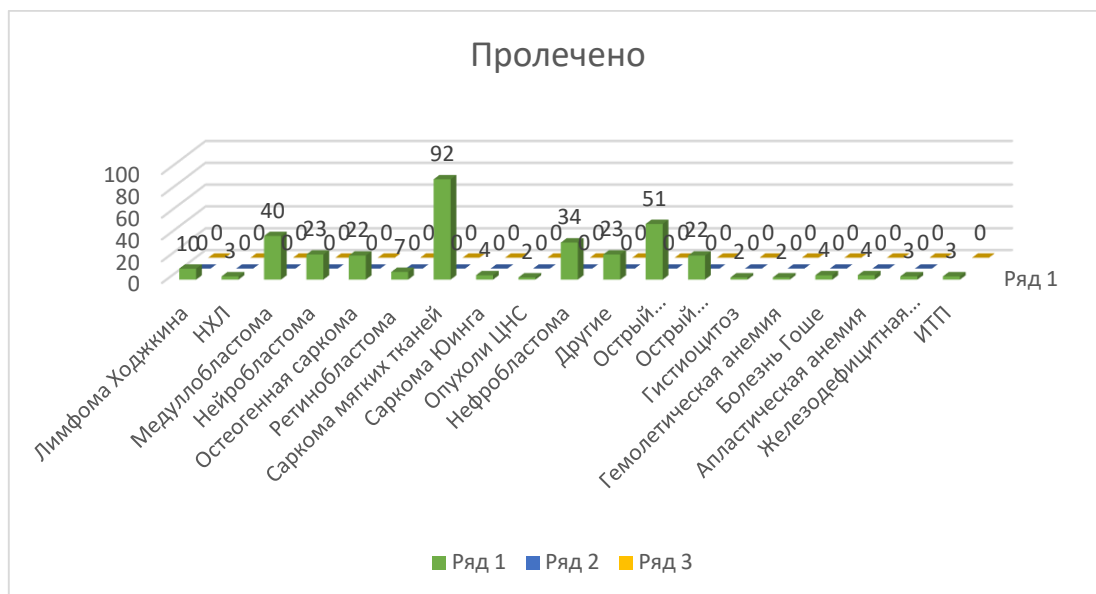
Новообразования по взрослому типу встречаются у детей крайне редко, к ним относятся:

1. шваннома;
2. гепатоцеллюлярная карцинома;
3. светлоклеточный рак кожи.

Чаще всего в 70% случаев встречаются гемобластоз — это рак крови, лимфогранулематоз. На втором месте после лейкемии распространены опухоли ЦНС и костной ткани, как правило, рак мозга. Самыми редкими являются опухоли по взрослому типу, к примеру, образования на коже или половых органах ребенка и т.д.

Таблица 1

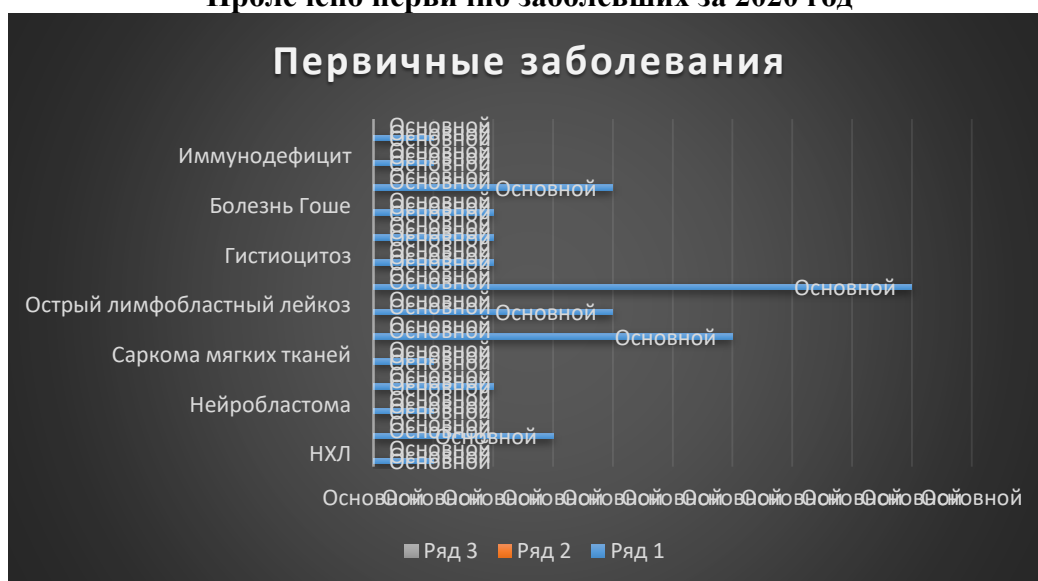
Пролечено по нозологиям за 2020 г.



Из таблицы видно, что первое место занимает саркома мягких тканей, на втором острый лимфобластный лейкоз и на третьем месте нефробластома.

Таблица 2

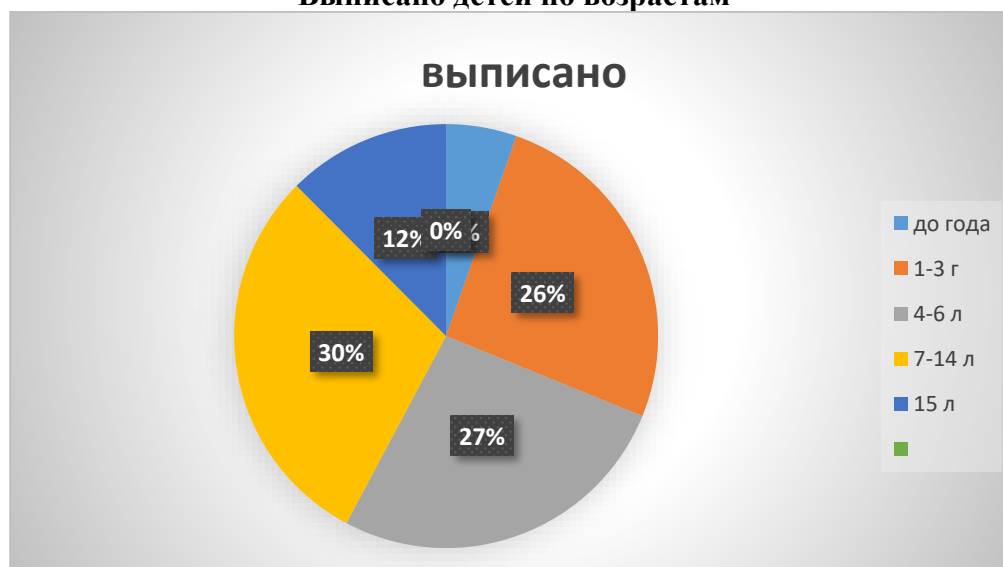
Пролечено первично заболевших за 2020 год



В связи с тем, что развитие ранней и точной диагностики онкологических пациентов, успешно реализуются, что позволяет успешно проводить лечение детей на ранней стадии заболевания.

Таблица 3

Выписано детей по возрастам



Из таблицы видно, что наибольший процент пролеченных случаев составляет дети в возрасте от:

- от 1-3 л 4-6 л 7-14 л

Лечение онкологии у детей начинается после установления точного диагноза. Как правило, рак лечится тремя основными методами:

1. оперативное вмешательство;
2. химиотерапия;
3. лучевое облучение.

Разные виды опухоли более восприимчивы к тому или иному виду лечения. В большинстве случаев, методики лечения комбинируют. Например, применяют хирургический метод в комплексе с химиотерапией до или после оперативного вмешательства.

Выводы: Рост количества онкобольных, официально зарегистрированных в системе здравоохранения, обусловлен тем, что в Казахстане улучшилась диагностика раковых новообразований среди детей, а также клинические рекомендации для лечения созданы большим числом экспертов из большинства профессиональных онкологических сообществ. Данные клинические рекомендации должны являться основой назначения современного лечения онкологическим больным. Таким образом, государственная политика создала предпосылки к формированию современной модели онкологической помощи, ориентированной на пациента, определяемой как координированная, интегрированная и доступная помощь для всех. Что позволяет, проводить полноценную диагностику и лечение детей в ранней стадии заболевания.

Литература:

1. Нургазиев, К. Ш. Развитие онкологической помощи в Республике Казахстан / К. Ш. Нургазиев, Карибай Толеутайулы, Д. М. Байпеисов, Ш. Е. Оспанов. — Текст: непосредственный // Молодой ученый. — 2017. — № 19.1 (153.1). — С. 4-5. — URL: <https://moluch.ru/archive/153/45303/>
2. Статья «Рак у детей – причины, симптомы и лечение рака у детей»-2021.

3. Gupta S, Howard SC, Hunger SP, et al. Treating Childhood Cancer in Low- and Middle-Income Countries. In: Disease Control Priorities, volume 3. 2015 (<http://dcp-3.org/chapter/900/treating-childhood-cancers-low-and-middle-income-countries>, по состоянию на январь 2021 г.)
4. Руководство по ранней диагностике рака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017г. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272264/9789244511947-rus.pdf?ua=1>, по состоянию на февраль 2021г.)

ТЕНДЕНЦИИ МОДЕРНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА

Алтыбаева Лаура Данабековна,
*Преподаватель профессионального русского языка
ГКП на ПХВ «Высший медицинский колледж» УЗ г.Шымкент
Республика Казахстан, г.Шымкент*

Аннотация. *Мақалада қашықтықтан оқыту жағдайында орта буын медицина мамандарының коммуникативтік құзыреттіліктерін қалыптастыру процесінде мейірбике ісін жаңғырту үрдісінің мәселелері ашылады.*

Annotation. *The article reveals the issues of the trend of modernization of nursing in the process of forming the communicative competencies of mid-level medical specialists in the context of distance learning.*

Ключевые слова: кредитно-модульное обучение, College SmartNation.kz, Zoom, WhatsApp.

С вступлением нашей страны в Болонскую декларацию и следуя современным тенденциям, система сестринского образования в Казахстане динамично развивается. Став полноправным участником европейского образовательного пространства с момента реализации Концепции о реформировании медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан и решения вопросов повышения эффективности функционирования системы здравоохранения путем реформы сестринского дела и подготовки специалистов сестринского дела новой формации в соответствии с международными требованиями на III съезде специалистов сестринского дела в Алматы, способна реагировать на все более ускоряющиеся мировые процессы глобализации и информатизации.

Основными предпосылками для перехода на кредитную систему обучения в Высшем медицинском колледже являются необходимость повышения качества обучения и образования, усиление требований рынка

труда, присоединение образования Казахстана к Болонскому процессу, реформирование здравоохранения в рамках реализации мероприятий по модернизации медицинского образования и науки.

В качестве основы системы непрерывного профессионального развития кадровых ресурсов системы здравоохранения выступает Национальная рамка квалификаций, где оптимизация перечня медицинских и фармацевтических специальностей и пересмотр принципов и механизмов формирования статистики по кадровым ресурсам здравоохранения в соответствии с международной практикой; совершенствование политики отбора и приема граждан в организации медицинского и фармацевтического образования, в том числе на основе внедрения психометрического тестирования абитуриентов; обновление государственных стандартов всех уровней медицинского и фармацевтического образования; разработка профессиональных стандартов в области здравоохранения, регламентирующих уровень квалификации выпускников и действующих специалистов рассматривались как инструменты достижения цели.

В колледже развитие медицинского и сестринского образования строится на триединстве клинической практики, медицинского образования и научной деятельности, что должно обеспечить эффективное управление академическими и производственными процессами на основе единства стратегических целей и задач; качественное медицинское образование на основе получения современных теоретических знаний и реальных практических навыков; устойчивое повышение качества медицинской помощи на основе доступа к передовым технологиям и научным разработкам; широкие клинические и лабораторные базы для проведения актуальных научных исследований с немедленным трансфертом их результатов в практическое здравоохранение. Естественно, что в этих условиях для реализации намеченных задач разработана и успешно реализуется концепция развития интегрированных академических медицинских центров на основе функционального и организационного объединения научных организаций, медицинских ВУЗов, стационарных и амбулаторных организаций по принципу полного цикла медицинских услуг и подготовки кадров. При этом в процессы образования и научных изысканий мотивированно вовлекаются лучшие специалисты практики, а научные работники и преподаватели получают возможность практической работы и проведения клинических исследований.

Кредитно-модульная технология обучения обеспечивает преемственность всех уровней и ступеней образования, а также способствует усилению академической мобильности студентов и преподавателей, что в комплексе должно способствовать повышению качества сестринского образования и обеспечению международного признания национальных образовательных программ по сестринскому делу.

Основными задачами кредитной технологии обучения в процессе подготовки медицинских специалистов среднего звена является: развитие у обучающихся способностей к самоорганизации и самообразованию на основе

выборности образовательной траектории в рамках регламентации учебного процесса и учета объема знаний в виде кредитов.

Понятно, что переход на кредитную систему обучения в медицинских колледжах Казахстана невозможен без учета современных мировых тенденций в сфере образования, поэтому план работы по организации курсов повышения квалификации профессорско-педагогического состава предполагает изучение передового казахстанского и зарубежного педагогического опыта перехода на кредитно-модульную технологию обучения, изучение образовательных программ по специальностям в рамках курсов, предлагаемых НАО «Талап».

Для регламентации и систематизации основных требований по организации перехода на кредитно-модульную систему обучения и внедрению его в учебный процесс сформирована нормативно-правовая база, имеются государственные общеобязательные стандарты образования, внедряемые в учебный процесс медицинских колледжей с 2019 года.

Высший медицинский колледж обладает отличной инфраструктурой и активно внедряет современные технологии обучения в связи с модернизацией сестринского дела:

- среди программных вопросов можно отметить имеющийся опыт по реализации образовательной программы по специальности 0302000 – «Сестринское дело» на основе Государственного общеобязательного стандарта медицинского образования Республики Казахстан 2013 года, предусматривающего компетентный подход, реализуемого в рамках модульного обучения, и интегрированного со стандартом высшего медицинского образования по специальности 5В110100- «Сестринское дело» с 2016 года;

- опыт по реализации образовательных программ на основе Государственного общеобязательного стандарта медицинского образования Республики Казахстан 2019 года, предусматривающего кредитно-модульную технологию обучения;

- среди структурных изменений за последние годы несомненным преимуществом является открытие нового учебно-клинического корпуса, организация симуляционного отделения.

16 марта 2020 года на основании приказа Главного Государственного санитарного врача РК №20 «Об усилении мер по недопущению завоза и распространения коронавирусной инфекции в Республике Казахстан на период пандемии» от 12.03.2020 г. колледж полностью перешел на дистанционную форму обучения на платформе CollegeSmartNation.kz для профилактики и предупреждения распространения вируса COVID-19 с учетом Приказа Министра образования и науки Республики Казахстан от 20 марта 2015 года № 137 «Об утверждении Правил организации учебного процесса по дистанционным образовательным технологиям», Методических рекомендаций по организации учебного процесса с использованием дистанционной образовательной технологии в организациях ТипО на период пандемии от 31.03.2020 г.

С 1 полугодия 2020-2021 учебного года учебный процесс строился с учетом Приказа Министра образования и науки Республики Казахстан от 13 апреля 2020 года № 141 «О внесении изменений и дополнений в приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 20 марта 2015 года № 137 «Об утверждении Правил организации учебного процесса по дистанционным образовательным технологиям» и внесенных МОН РК изменений в «Текущий контроль успеваемости, промежуточной аттестации».

В условиях перехода на дистанционную форму обучения возросла потребность в применении более современных и мобильных методик и технологий, чему способствовали возможности платформ CollegeSmartNation.kz, Zoom, социальной сети WhatsApp и др.

Компетенции студентов со средним медицинским образованием развиваются в соответствии с БК-3 «Коммуникации и работа в команде. Способен эффективно взаимодействовать с разными людьми в различных ситуациях с использованием широкого спектра технологий» и развиваются в следующих направлениях: БК-3.1 «Коммуникативные навыки: демонстрирует эффективную коммуникацию с разными людьми, с учетом ситуации»; БК -3.2 «Работа в команде: демонстрирует ответственность, работая в разных командах»; БК-3.3 «Информационно-коммуникационные технологии: использует различные информационные коммуникационные технологии для эффективного обмена информацией в профессиональных целях».

Все мы столкнулись с затруднениями в реализации командной и групповой работы при условиях дистанционного, online обучения, так как основная задача курса «Профессиональный русский язык» - это проведение практических занятий, где нужно рассматривать возможность для чтения текстов, подготовки вопросов и ответов, взаимодействие в парах и малых группах. Если на платформе CollegeSmartNation.kz студенты имеют возможность ознакомиться с теоретическим материалом со ссылкой на учебник из электронной базы библиотеки колледжа, слайдами и видео блоком преподавателя, то вопросы взаимодействия успешно решаются в процессе видеоконференцсвязи на платформе Zoom, где также находят реализацию информационно-коммуникационные компетенции студентов.

Всем нам известно, что Zoom позволяет преподавателю вести лекцию с включенной камерой, аудио связью, демонстрацией своего экрана (или отдельного окна, части экрана и т.п.) и использовать встроенную интерактивную доску. Помимо всего, преподаватель имеет возможность для контроля процесса подключения и отключения микрофонов студентов группы. Бесспорно, это удобно, если во время проведения лекции необходимо соблюдать тишину. Но можно использовать и возможность принудительного отключения, о чем следует предупредить обучающихся. В этом случае вопросы от аудитории можно в чате конференции. Также есть возможность настройки автоматической записи лекции, чтобы отсутствующие на занятии посмотрели лекцию в удобное для них время.

А вот «Сессионные залы» на платформе Zoom – отличный способ проведения парной и групповой работы. Преподаватель разбивает студентов на пары или группы, они отдельно выполняют задания (находясь в отдельном сессионном зале, они не могут слышать друг друга). Преподаватель может сам (или автоматически) распределять студентов по залам, переходить из зала в зал для проверки процесса урока, закрывать залы и возвращать всех в общую комнату по завершению отведенного на этот вид деятельности времени. В «чате» преподаватель передает ссылки на учебный материал или сами материалы. Сообщения можно отправлять всем участникам конференции или определенному студенту по выбору для реализации индивидуальной траектории обучения. В чат студенты могут отправлять письменные задания. «Демонстрация экрана» используется для показа презентаций, видео- и аудиоматериалов, для работы в определенном браузере всей группой. С помощью функции «комментировать» во время демонстрации экрана преподаватель может указать часть лекции, на которую должны обратить внимание студенты. Также можно указать на необходимость выполнить определенные упражнения, например, соединить слова и картинки, найти соответствия. «Управление мышью» используется при работе с не синхронизированными между преподавателем и студентом приложениями. Например, в hotpotatoes можно создать задание на matching, но отправив ссылку на задание, обычно преподаватель не видит, как студент его выполняет, поэтому преподаватель может запустить задание на своем компьютере, передать студенту управление вашей мышью и студент выполняет задание под контролем преподавателя. «Виртуальная доска» - место, где можно писать, устанавливать соответствия и делиться информацией, а также работать в малых группах на единой доске. Доска предоставляет готовые шаблоны для анализа определенной проблемы, работы разных команд над одной темой или mind maps.

Подводя итоги, с уверенностью можно утверждать, что цели и задачи курса «Профессиональный русский язык» соответствуют целям и задачам образовательных программ по подготовке средних медицинских работников, разработанных, руководствуясь основными приоритетами и индикаторами для развития системы ТиПО в соответствии с Законом РК «Об образовании», основанных на задачах Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2020-2025 годы, что способствует освоению студентами всех предусмотренных компетенций в рамках дисциплины с применением самых современных технологий и методик формирования базовых и профессиональных компетенций в процессе реализации кредитно-модульной технологии обучения в системе подготовки средних медицинских и фармацевтических работников Казахстана.

Литература:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2020-2025 годы.

2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 февраля 2020 года № ҚР ДСМ-12/2020 «О внесении изменений в приказ исполняющего обязанностей Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 31 июля 2015 года № 647 «Об утверждении государственных общеобязательных стандартов и типовых профессиональных учебных программ по медицинским и фармацевтическим специальностям».

3. «Методические рекомендации по организации образовательного процесса по практическим языковым дисциплинам в режиме дистанционного обучения», Казахский университет международных отношений и мировых языков имени Абылайхана, Алматы, 2020 г.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПЕДИАТРИИ

Уразалиева В.У.

преподаватель по дисциплине «Сестринский уход при хронических заболеваниях»

Атанбекова Н.Д.

старшая медицинская сестра отделения «Лучевая диагностика НЦПиДХ»,

студентка специальности «Сестринское дело»,

квалификации «Прикладной бакалавр сестринского дела»

Казахстанско-Российский Высший медицинский колледж

г.Алматы, Республика Казахстан

Аннотация. *Мақалада ерте жаста УДЗ диагностикасын жүргізудің маңыздылығы туралы пайымдау ұсынылған, бұл аурудың ерте кезеңдерінде дұрыс диагноз қоюға, емдеуді уақтылы тағайындауға және баланың өмір сүру болжамы мен сапасын жақсартуға мүмкіндік береді.*

Annotation. *The article presents arguments about the importance of ultrasound diagnostics at an early age, which allows you to correctly diagnose the early stages of the disease, prescribe treatment in time and improve the prognosis and quality of life of the child.*

Ключевые слова: медицина, ультразвуковое исследование, диагностика, неросонография, доплерография, эхокардиография.

Сегодня ультразвуковое исследование, бесспорно, считается одним из лучших методов в диагностике различных заболеваний. Благодаря своей высокой информативности, безопасности, неинвазивности, скорости выполнения, возможности многократного повторения без вреда для здоровья пациента, занимает одно из ведущих мест среди других методов исследований.

УЗИ-диагностика широко распространена во всем мире, особенно важное значение такие исследования имеют в гастроэнтерологии, акушерстве и гинекологии, нефрологии и урологии, эндокринологии, а также в диагностике заболеваний у детей.

Нами было проведено статистическое исследование работы кабинетов УЗИ Научного центра педиатрии и детской хирургии.

НЦПиДХ - научно-исследовательское, лечебное учреждение, а также образовательная база ведущих университетов страны.

Центр был открыт в 1932 году, оказывает медицинскую помощь детям от рождения и до достижения совершеннолетия и является одним из крупных лечебных учреждений Республики Казахстан, основной целью которого является сохранение и укрепление здоровья детского населения, предоставление качественных медицинских услуг детям, а также осуществление координации работы педиатрической службы в регионах. В НЦП и ДХ применяются инновационные открытия медицины и науки в области педиатрии и детской хирургии.

В условиях круглосуточного и дневного стационара оказывается специализированная медицинская помощь детям со всех областей республики.

В НЦПиДХ проводится лечение многих тяжелых заболеваний детского возраста, проводятся сложнейшие хирургические операции, а также диагностика и консультации по многим заболеваниям в консультационно-диагностическом отделении. Центр располагает современной клиничко-диагностической лабораторией, новейшим лечебным и диагностическим оборудованием. Наряду со множеством подразделений, НЦП и ДХ имеет отделение лучевой диагностики и УЗИ.

УЗИ кабинеты Центра оснащены 5 стационарными аппаратами УЗИ:

- УЗИ-аппарат «Medison» с цветным доплеркартрированием.
- УЗИ-аппарат «Simens» получен в 2005 году.
- УЗИ-аппарат «Philips» получен в 2008 году.
- УЗИ-аппарат «Lodjic» получен в 2010 году.
- УЗИ-аппарат «Simens» получен в 2017 году.

Кроме стационарных, имеется 2 портативных аппарата «Aloka-500».

В отделении проводятся следующие виды УЗИ-исследований:

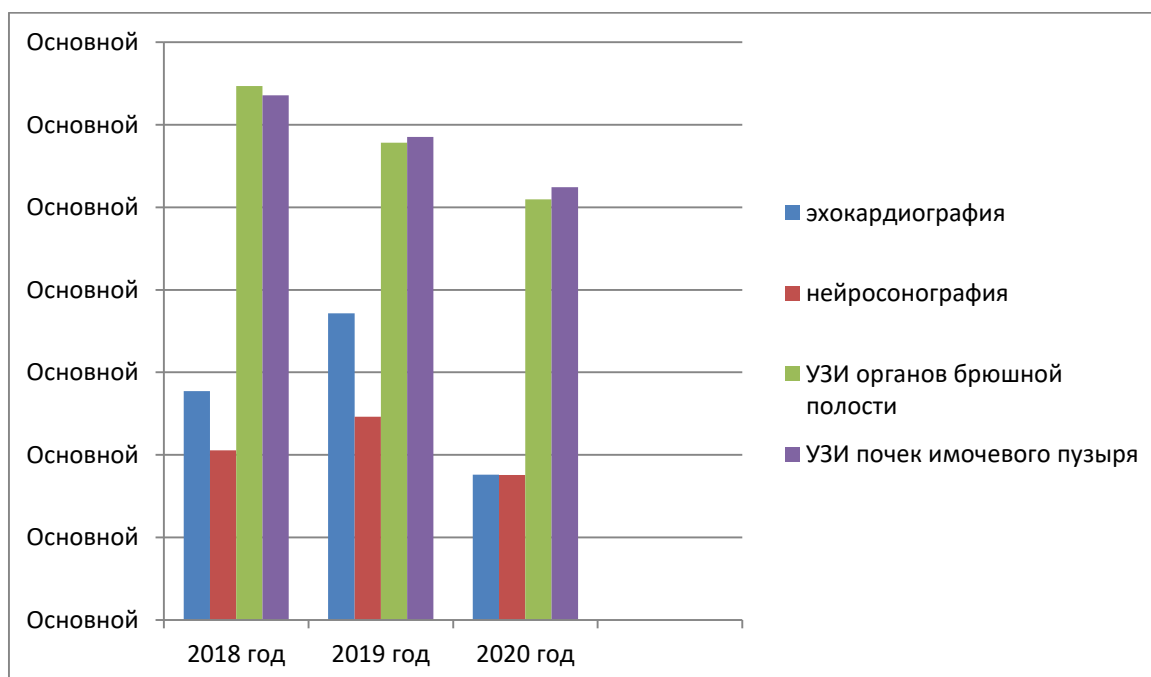
- Нейросонография
- УЗИ печени и желчного пузыря
- УЗИ селезенки
- УЗИ почек
- УЗИ мочевого пузыря
- УЗИ мошонки и яичек
- УЗИ матки и яичников
- Эхокардиография с доплерографией внутрисердечных потоков
- УЗИ вилочковой железы
- УЗИ щитовидной железы
- УЗИ лимфоузлов
- Допплерография почечного кровотока
- Допплерография сосудов брюшной полости.

Общее количество УЗИ-исследований, проведенных в НЦП и ДХ в 2020 году в сравнении с предыдущими годами, отражено в следующей таблице:

Наименование УЗИ-исследования	Количество		
	2018 год	2019 год	2020 год
Эхокардиография	2774	3715	1761
Нейросонография	2056	2464	1758
УЗИ органов брюшной полости	6468	5783	5098
УЗИ почек и мочевого пузыря	6357	5854	5245
УЗИ позвоночника	410	137	46
УЗИ щитовидной железы	63	87	95
УЗИ женских половых органов	132	179	129
Прочие виды УЗИ	1100	1122	213
Всего	19417	19604	14121

(В прочие виды УЗИ вошли: УЗИ вилочковой железы, яичек, лимфоузлов, околоушных желез, плевральных полостей, надпочечников, желудка, прямой кишки, интраоперационные.)

Из данной таблицы видно, что общее количество проведенных исследований в 2019 году увеличилось на 187, в основном за счет увеличения количества проведения эхокардиографии и нейросонографии. В 2020 году количество УЗИ исследований уменьшилось на 5483, возможно это связано с эпидемической обстановкой в республике. Но, несмотря на это, очевидно, что количество исследований брюшной полости, почек и мочевого пузыря остаются высокими.



Важность своевременного проведения УЗИ подчеркивает тот факт, что его назначение детям раннего возраста строго регламентировано Приказами Министерства здравоохранения, что позволяет применять его в скрининговых программах диагностики и выявления заболеваний на самых ранних сроках. Наиболее часто проводимые виды УЗИ исследований в педиатрии и показания к ним следующие:

1. Нейросонография позволяет оценить общее состояние мозга ребенка. УЗИ головы новорожденного результативнее всего при «открытом» родничке. Показаниями к обследованию являются преждевременные роды, внутриутробная гипоксия, наличие симптомов развития неврологических заболеваний и подозрение на инфицирование плода.
2. Эхокардиография – одно из наиболее важных обследований, позволяющее выявить врожденные пороки сердца, предоставляет возможность изучить структуру сердца и отследить его работу в режиме реального времени.
3. Исследование органов брюшной полости помогает исключить врожденные пороки и функциональные нарушения, а также предоставить врачу полную информацию о состоянии органов.
4. УЗИ тазобедренных суставов у грудничков проводится при подозрении на дисплазию тазобедренного сустава, а также вывихи и подвывихи.
5. Ультразвуковое исследование шейного отдела назначают при подозрении на кривошею и при наличии родовой травмы в шейном отделе позвоночника.

На первом году жизни достаточно много заболеваний, пороков и аномалий развития внутренних органов не имеет явных проявлений. УЗИ позволяет правильно поставить диагноз уже на ранних стадиях заболевания, вовремя назначить лечение, а нередко улучшить прогноз и качество жизни ребенка.

Литература:

1. Эхокардиография в кардиологии (В.Н. Коваленко, С.И. Деяк, Т.В. Гетьман)
2. «Роль и возможности эхографических исследований в практике работы врача –педиатра первичного звена здравоохранения» А.Л. Соловьева, К.И. Григорьев.
3. Статья «УЗИ –диагностика у малышей и так ли она важна» 2017 год.
4. Официальный сайт НЦПДХ

МЕДИЦИНА КОЛЛЕДЖІНІҢ ТАРИХЫ ТЕРЕҢДЕ!

Турлыбаева Гулнур Байзаковна,
Әлеуметтану ғылымдарының магистрі
Алматы қаласы Денсаулық сақтау Басқармасы
ШЖҚ КМК «Жоғары медицина колледжі»

Аннотация: *Эта статья рассказывает историю Высшего медицинского колледжа. Стоит отметить, что в первые годы независимости республики удалось наладить партнерские отношения с учебными заведениями других*

стран, а также начать глубокую историю.

Annotation. *This article tells the story of the higher medical college. It is worth noting that in the first years of independence of the republic, it was possible to establish partnerships with educational institutions of other countries, as well as to start a deep history.*

Кілттік сөздер: училище, реформа, коммуникация, конференция, менеджер, мастер-класс.

Қазіргі біздің өмірде денсаулық сақтау саласы қызметкерімен кездеспеген адамды табу мүмкін емес болар. Жоқ дегенде біз олармен алғаш өмірге келген сәтімізде кездессек, кейін жан тапсырар сәтімізде де қашанда біздің жанымыздан табылатын солар, науқастанбағанның өзінде адам баласы қашанда олармен кездеседі, мәселен, жұмысқа тұрсақ та, оқу оқысақ та денсаулық жағдайын анықтайтын ақпараттарды солардан аламыз. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрі В.Н.Девятко Алматы медициналық училищесін Қалалық медициналық колледжі ретінде қайта құру жөнінде бұйрық шығарды (03.09.1992.ж. №423 бұйрық). Бұл Қазақстан Республикасындағы тұңғыш медициналық колледж болды. Қазақстан Республикасы егемендігінің алғашқы жылдарында мейірбике ісі мамандарын дайындау жүйсіндегі өзгерістер бойынша шығарылған жоспарларды іске асыруға кірісті. Медицина саласында батыстық және шығыстық университеттерге бес жүз жылдан астам уақыт бойы қолданыстағы міндетті басшылықтардың авторы, өз атын мәңгілікке бекіткен аса әйгілі маман Ибн Сина «Дәрігерлік ғылым канондарында» дәрігер маманға мынандай сипаттама берген: «Дәрігер қырғи көзді, қыз қолды және жыландай дана» болуы керек деген.

Ал қазақ даласына келер болсақ, медициналық қызмет көрсетудің тарихын зерттеп, тану үшін оны үш тарихи кезеңге бөлген дұрыс. Көшпенді қазақ медицинасы дінмен, халықтың сенімімен және салт-дәстүрімен тығыз байланысты. Зерттеп келгенде, түркі халықтарының көзқарастары мен рухани түсініктерінің бастауы сонау арада, діннің алғашқы бастамасы болып табылатын тотемизм (жанды, жансыз заттар мен жан-жануар, өсімдіктерді құрметтеп, соларға табыну), фетишизм (табиғат құбылыстарына, жан-жануар дене мүшелеріне табыну), анимизм, шаманизм (бақсылық), тағы басқа алып жатады [4].

Осы уақытта мейірбике ісін реформалау жөнінде жұмыстар басталып кеткен еді. Республика тәуелсіздігінің алғашқы жылдарында басқа елдердің оқу орындарымен серіктестік қатынас орната бастады. Тусон (АҚШ) қаласы мен Алматы туыстас қалаларға айналды. Келісім-хаттама негізінде осы екі қаланың арасында бірнеше медицина мекемелері серіктестігі кірді. 1993 жылдың қарашасында басталған біздің серіктестік қарым-қатынасымыз кадрларды дайындауды жақсартуға, оқыту бағдарламасын өзгертуге, оқытуға жаңа пәндерді енгізуге, колледждің материалдық-техникалық базасын жетілдіруге көмектесті [2].

Тусонда біздің оқытушыларымыз бірінеше рет тәжірибе жинақтаудан

өтті, Аризон университеті мен Пима колледжіндегі медицина кадрларын даярлау жүйесімен танысты. Ұжым құрған мейірбикелерді дайындаудың төрт деңгейлік жоспар-бағдарламалары функционалдық міндеттері кеңейтілген әртүрлі біліктіліктегі жаңа кадрларды дайындауға мүмкіндік берді. Біз алғашқы рет мамандандырылған мейірбике және мейірбике ісінің менеджер-мейірбикесі (ұйымдастырушы), мейірбике көмекшісі деген біліктілігі барларды даярлай бастады.

Елімізде медициналық колледждер өміріндегі өте аңызды оқиғалардың бірі 1995 жылы маусым айында Израиль мемлекетіндегі «Машав» білім беру орталығының қатысуымен оқытушылар үшін Алматы медициналық колледжі ұйымдастырған халықаралық курс болды. Орыс тілін меңгерген Израильдің екі оқытушысы оқытушыларды оқытудың белсенді әдістерімен таныстырып, коммуникация саласыда мастер-класс көрсетті. Дәрігерлік мамандық аса көне және аса сыйлы мамандықтардың бірі болып табылады. Бұл мамандықтың қалыптасуы алғашқы қауымдық қоғамнан бастау алады. Дәрігерді қашанда Алланың таңдаулысы деп біліп, өзге мамандықтардан анағұрлым жоғары тұратын тұлға ретінде қарастырған. Көне үнді кітаптарының бірі «Аюрведа» да (*аюр* — өмір, *веда* — білім) дәрігер науқасқа — әке, жазылушыға — қорғаушы, ал дені сауға дос болуы керек айтылған. Сонымен қатар бұл кітапта сол кездің аса білікті емшілерінің бірі — Сушруттың мынандай сөздері жазылған: «Дәрігер — үлкен қайырымды жүректің иесі, оның темпераментті салмақты, шыншыл мінезді, өзіне аса сенімді және ақылды, үнемі жақсылық жасауға асығушы тұлға болуы керек. Әкеден, анадан, достарыңнан, оқытушыдан қорқуға болады, ал дәрігердің алдында ешбір қорқыныш сезімі болмауы керек. Ол ата- ана мен достардан, ұстаздан да мейрімді болуы керек» деп өсиет қалдырған [1].

Акушерия мен гинекология, сонымен қатар шұғыл және жедел терапия саласындағы мамандандырылған мейірбикелердің алғашқы түлектері 1995 жылы бітірді. Осы жылы Сорос қорының жиырма сегіз доллар көлеміндегі грантын ұтып алды, оған оқу үрдісіне қажетті жабдықтар сатып алынды. 1996 жылы менеджер-мейірбикелердің алғашқы бітірушілері (49 түлек) оқуларын аяқтады. Бітіру кешіне Тусон қаласынан жобаны үйлестіруші, доктор Эмили Дженкинс және Индия, Израиль, АҚШ сыртқы істер министірлігінен қонақтар шақырылды. Осындай ғажап оқиға ұжымды рухтандырды, біздің еңбегімізге берілген жоғары баға ұжымның бұдан әрі жетелеуіне ықпал етті.

Біздің оқытушылар Тусон қаласымен серіктес болуының арқасында Аризон университетіне, Пима колледжіне барып, олардың жоспар-бағдарламаларымен танысып қайтты. Содан кейін директордың оқу ісі жөніндегі орынбасары Г.С.Бейсенованың басшылығымен – және 4 курстар үшін оқыту бағдарламалары жасалды. Оқытуға жаңа пәндер: мейіргер ісіндегі менеджмент, әкімшілік үрдісі, дәстүрлі емес медицинаның, ғылыми-зерттеу қызыметінің негіздері, педиатрия және геронтология, психология, мәдениеттану, педагогика, әлеуметтік медицина және денсаулық сақтау ісін ұйымдастыру енгізілді. Колледжде тұңғыш рет қортынды бақылаудың жаңа түрі- курстық

жұмысты қорғау енгізілді [3].

1997 жылы америкалық әріптестердің серіктестігі арқасында Бүкіл әлемдік электронды желі «Интернетке» қосылған оқу-ақпараттық орталығы ұйымдастырылды. «Интернет» жүйесінің қызыметін колледж 5 жыл көлемінде пайдаланды.

2004 жылы Миннесота университетінің мейірбикелер мектебіне басталған серіктестік – бакалавриат, магистратура және докторантураны ұйымдастыруға бағытталған мейірбикелер дайындалған жетілдірудегі жаңа айналым болды. Миннесота университетінің мейірбике мектебімен болған серіктестік мамандарды даярлауды жетілдірудің жаңа мүмкіндігін берді. Ынтымақтастықтың маңызды нәтижесі жаңа оқу ресурстарын пайдалану мен кеңейту, оқытушыларды жаңа педагогикалық технологияларға үйрету болып табылды.

Миннесотадан келген әріптестер біздің тәжірбиелермен танысқанан кейін колледж базасына мейірбике ісі бойынша ОАР Үйлестіру Кеңесі мүшелерімен семинар өткізу керектігін айтты. Бұл семинар 2005 жылдың мамыр айында өтті. Осы семинарда біз серіктесіміздің оқыту бағдарламаларымен қатар өзіміздің мүмкіндіктерімізді, әртүлі біліктілігі бар мейірбикелерді даярлау үрдісіндегі жұмыстарымызды, студенттердің дәрісханадан тыс ғылыми-ізденістерін көрсеттік. Семинарда волонтерлік ұйымдастыру бойынша ғылыми-ізденіс жұмыстарының материалдары баяндалды. Волонтерлік қозғалыстар PSI үкіметтік емес ұйыммен ынтымақтастықтың арқасында басталды. Директордың тәрбие ісі жөніндегі орынбасары М.С.Қарбаеваның басшылығымен 25 волонтер дайындалды. Волонтерлердің мақсаты жастар арасында СПИД мәселелері бойынша ағартушылық жұмыстарын жүргізуге болады.

Еліміздегі медициналық колледждер арасындағы ғылыми ізденіс конференциялары колледж директоры К.А.Аяповтың бастамасымен 2001 жылдан бастап 12 наурызда – біздің колледждің туған күнінде өтетін болды. Конференцияның ғылыми баяндамаларды дайындаумен тікелей айналысқан, ғылыми үйірме жетекшілеріне кеңес берген, студенттерді ғылыми-ізденіс жұмыстарына таратқан медицина ғылымының докторы, профессор К.Ж.Ниязбекова болды. Мейірбике білім беру реформаларының негізгі мақсаты кәсіптік білім беруді тереңдету, оның жіктелуі мен жаңа буын мамандарын қалыптастыру, қоғамның әлеуметтік саласы мен тәжірбиелі медициналық барлық деңгейде қабілетті біліктілікпен жұмыс істеу болып табылады. Колледж ұжымы мейірбикелік білім беру реформаларының ұсыныстарымен бірге оқу үрдістерін қайта құру үшін құжаттар пакетін дайындайды: оқу жоспарлары, мейірбикелік білім беруді дамыту Концепциясының жобасы мен жаңа мазмұндағы бағдарламалар.

Осы кезден бастап Алматы медициналық колледжінің мейірбикелік білім беру жөніндегі бастамасы мақұлданды және ол мейірбикелік білім берудің үздіксіздігін қамтамасыз ететін, көп деңгейлі жаңа жүйе бойынша мейірбике ісі мамандарын даярлауды іске асыратын эксперименттік оқу орны ретінде анықталады.

Төмендегі біліктіліктер белгіленеді:

- Мейірбике көмекшісі;
- Мамандандырылған мейірбике;
- Мейірбике ісін ұйымдастырушы-мейірбике (менеджер).

Мейірбикелік білім беру реформасын іске асыру барысында жаңа оқу бағдарламалары мен жоспарлары бойынша оқыту нәтижелерін оқып үйрену бірнеше рет өткізілді. Оның сапалық мазмұнды деңгейі, оқу үрдісін ұйымдастыруда жаңа құрылымның тиімділігі ҚР Денсаулық сақтау министрілігінің сарапшыларымен (мамандарымен) және тәуелсіз шетелдік сарапшылармен, БДҰ мамандарымен расталды.

Әдебиеттер тізімі

1. *Акопов В.И., Маслов Е.Н.* Право в медицине. — М., 2002. — 124 с.
2. *Тихомиров А.В.* Медицинское право. — М., 1998. — 482 с.
3. *Кассирский И.А.* О врачевании. Проблемы раздумия. — М., 1998. — 482 с.
4. google.kz, www.wfin.kz, www.egemen.kz
5. *Малейн М.Н.* Человек и медицина в современном праве. — М.: Изд-во «Бек», 1995. — 260 с.
6. *Зиманов С., Өсеров Н.* Қазақ әдет-ғұрып заңдарына шариаттың әсері. — Алматы: Жеті жарғы,
7. *Шужеева А.Т.* Совершенствование регионального механизма реформирования системы здравоохранения (на примере Южно-Казахстанской области): Автореф. — Алматы, 2001. — 29 с.
8. Черных А.В., Головерова Д.В. Проблемы правоприменительной практики в предпринимательской деятельности в сфере здравоохранения. — М.: Книжный мир,
9. Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы кодекс. — Алматы: ЮРИСТ.

«МЕЙІРГЕР ІСІ» МАМАНДАРЫН ҚАШЫҚТАН ОҚЫТУ КЕЗІНДЕГІ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ТӘСІЛДІҢ МОДЕЛІ РЕТІНДЕ «MICROSOFT TEAMS» САНДЫҚ ПЛАТФОРМАСЫН ҚАРАҒАНДЫ ЖОҒАРЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ИНТЕРКОЛЛЕДЖІНЕ ЕНГІЗУ

Т.Б. Жапбасова,

ғылыми-әдістемелік орталық директоры, э.ғ.м.

А.Б. Джумашева,

жалпы-кәсіби пәндер оқытушысы

«Қарағанды жоғары медициналық интерколледжі» ЖММ

Қарағанды қ., Қазақстан Республикасы

Аннотация. *Статья посвящена опыту внедрения Microsoft Teams, как модель дистанционного обучения медицинских сестер. Применение данной информационной платформы усиливает мотивацию к овладению знаний и повышенный интерес студентов к процессу обучения. Microsoft Teams позволяет педагогам организовать динамичную учебную среду, создавать классы для совместной работы, объединяться в профессиональные образовательные сообщества в едином цифровом пространстве.*

Abstract. *The article is devoted to the experience of implementing Microsoft Teams as a distance education model. The use of this information platform increases the motivation to acquire knowledge and the increased interest of students in the education process. Microsoft Teams allows teachers to organize a dynamic learning environment, create collaborative classrooms, and join professional educational communities in a single digital space.*

Түйін сөздер: мейіргерлерді оқыту, қашықтықтан оқыту, Microsoft Teams, сандық платформа, инновация, тәжірибиеге бағыттау.

XXI ғасырда қашықтықтан оқытудың қарқынды даму кезеңі басталды. Интернет-технологиялар оқу процесін түсінікті және қол жетімді ететін жаңа мүмкіндіктер әкелді. Баспа құралдарынан, содан кейін радио және телекурстардан тұратын қашықтықтан білім берудің стандартты базасы нақты уақыт режимінде оқыту оқытушылар мен студенттердің өзара әрекеттесуіне кешенді көзқарасты қамтамасыз ететін АКТ-ның қуатты функционалдығын толықтырды.

Зерттеліп отырған тақырыптың басты мақсатымен өзектілігі - Қарағанды жоғары медициналық интерколледжінде қашықтықтан оқыту жүйесін машықтандыру мақсатында «Microsoft Teams» ақпараттық платформасы қолданыла бастады. Бұл платформаны енгізу тәжірибесі студент пен оқытушы арасындағы интерактивтілікті қамтамасыз ете отырып, студент жұмысын егжей-тегжейлі жоспарлауға, оқытудың міндеттері мен мақсаттарын қоюға мүмкіндік береді. Бұл ақпараттық платформаны біз медициналық колледждерде қашықтықтан оқытудың тиімді модельдерінің бірі ретінде ұсынамыз.

Microsoft Teams - бұл чаттар, әртүрлі оқу мазмұны мен тесттерді қосу арқылы оқу ортасын құруға болатын қызмет. Бір интерфейсте бірлесіп оқыту үшін сыныптар құруға, студенттермен жедел байланыс орнатуға, файлдармен бөлісуге, тапсырмаларды беруге және бағалауға болады. Бұл ретте сабақтардың бейнежазбаларын қоса алғанда, барлық материалдар OneDrive бұлтты қоймасында сақталады және сабаққа нақты уақыт режимінде қатыспаған білім алушылар да барлық материалдарды зерделеп, қалғандарын "қуып жетуге" мүмкіндік туғызады.

Колледжде «Microsoft Teams» онлайн платформасын енгізу «Мейіргер ісі» мамандығы болсын, басқа да мамандықтарды оқыту кезінде де келесі дидактикалық мәселелерді шешуге мүмкіндік береді:

- пән бойынша базалық білімді меңгеру;
- алынған білімді жүйелеу;

- өзін-өзі бақылау дағдыларын қалыптастыру;
- студентке оқу материалы бойынша өздігінше жұмыс жасауда оқу-әдістемелік көмек көрсету.

Колледж оқытушылары алдын-ала дайындалған мультимедиялық материалды виртуалды сыныптағы барлық білім алушыларға презентацияны көрсете отырып немесе оны интерактивті тақта ретінде қолдана отырып, оқытушы классикалық компьютер экранының түрімен көрсетеді. Біздің колледж студенттері мәтіндік чатта не болып жатқанын түсіндіре алады, сонымен қатар дыбыстық аудио талқылауға қатыса алады. Чаттағы мәтінді әртүрлі тілдерге аудару мүмкіндігі де бар.

Оқытушыларда сөзді тек бір спикерге жеткізуге және жалпы эфирді жұмыс үстелінен кез-келген басқа үстелге ауыстыруға арналған құралдары бар (тақтаға қоңырау шалудың қашық аналогы). Біз студенттерге материалды әрі қарай қайта қарау және жақсы игеру үшін сабақ вебинарларын жазып алуды ұсынамыз. Айта кететін жай, вебинарлардың уақыты шектеусіз, бұл да басқа бағдарламаларға қарағанда тиімді екендігін дәлелдейді.

Teams-тегі оқу топтары әлбетте жабық түрде құрылуы керек, сыртқы мекен-жайы бар үшінші тарап пайдаланушыларын тек бір рет шақыру мүмкіндігі беріледі (сарапшыларды, ата-аналарды немесе педагогикалық кеңестің бақылаушыларын). Топ арнасында «Insights» қойындысын таңдағанда, қосымшамен танысу бетінен басталады, яғни сынып туралы жалпы ақпарат шығады. Осы терезедегі мәліметтер біздің студенттердің Teams-тегі іс-әрекеттері туралы нақты ақпарат алуға мүмкіндік береді.

"Шолу" беті әр санаттың жалпы санын, сондай-ақ, соңғы уақыт кезеңіндегі жалпы шамалардың мәндерін салыстыруын көрсетеді. «Шолу» бетінде және әдепкі беттерде көрсетілетін уақыт аралығы «Сандық белсенділік», «Байланыс әрекеттері», «Бағалауды бөлу және Трендтер» сынып белсенділігімен анықталады. Teams-тегі үлкен белсенділік ағымдағы күнге уақыт аралығын белгілей алады, ал аз белсенділік соңғы айдағы деректерді көрсете алады. Шолу егжей-тегжейлі болғандықтан оқытушылар белгілі бір уақыт аралығында MS Teams-те қанша студент белсенді болмағаны туралы жалпы сандық белсенділік көрсеткіштеріне ие болады.

Әр студенттің және арна жазбалар көру үшін саны берілген реакциялардың ішінде уақыт аралығын шолуды «Белсенділік байланысы» арқылы жіктеледі. Ал тапсырма туралы нақты ақпаратты көру үшін: өткізіп алған жұмыстардың саны немесе шолуда қанша студент тапсырманы тапсырмағанын «Тапсырма күйі» батырмасында жіктеледі.

Соңында-бағаларды бөлу, жеке білім алушының өнімділік деңгейі, белгілі бір тапсырманы орындау сапасы, барлық бағаланған және қайтарылған тапсырмалардың орташа бағасы, орындалу мерзімі және уақыт аралығы шеңберіндегі бағалау тенденциясы келтіріледі.

Қорытындылар: Қарағанды жоғары медициналық интерколледжінің білім беру процесіне Microsoft Teams сандық платформасын енгізу қатысушылар арасындағы коммуникацияны жақсарту, оқыту, әдістемелік

жұмыс үшін құралдардың кең жиынтығының болуы, әртүрлі білім беру контентін орналастыру, білім беру процесін мониторингтеу және талдау есебінен оқытудың тиімділігін арттыруға мүмкіндік берді.

Осылайша, Қарағанды жоғары медициналық интерколледжі студенттерін оқыту процесінде Microsoft Teams платформасын қолданудың оң тәжірибесі осы платформаны қашықтықтан білім беру технологиялары шеңберінде және нәтижелі білім беру мақсатында одан әрі кеңінен қолдануды ұсынады.

Библиографиялық тізім

1. Андреев, А.А. Введение в интернет-образование: учеб. Пособие /А.А. Андреев. – М.: Логос, 2003. – 76 с.

2. Пидкасистый, П.И. Компьютерные технологии в системе дистанционного обучения / П. И. Пидкасистый, О. Б. Тыщенко // Педагогика. – 2000. - № 5. – С. 7-12.

3. Полат, Е. С. Дистанционное обучение: каким ему быть? / Е. С. Полат, А. Е. Петров // Педагогика. – 1999. - № 7. – С. 29-34.

4. Абдуллаев С. Г. Оценка эффективности системы дистанционного обучения // Телекоммуникации и информатизация образования. – 2007 - N 3 - С. 85-92.

ЕРТЕ ЖҮКТІЛІКТІҢ АЛДЫН АЛУ

Жусипалиева Бану Уланкызы,

*«Клиникалық пәндер» оқытушысы, екінші біліктілік санатты
Алматы қ. ДСБШЖҚ КМК «Жоғары медициналық колледж»
Қазақстан Республикасы, Алматы қаласы*

Аннотация. *Под ранней беременностью мы подразумеваем беременность девочек в возрасте до 18 лет. Ранняя беременность приводит к переутомлению для организма молодой девочки, которая только развивается. Это, в свою очередь, может вызвать много проблем. Поэтому девочкам необходимо предоставить подробности полового созревания и данные о беременности, начиная со второго полового созревания.*

Annotation. *By early pregnancy, we mean the pregnancy of girls under the age of 18. Early pregnancy leads to overwork for the body of a young girl who is just developing. This, in turn, can cause a lot of problems. Therefore, girls should be provided with details of puberty and pregnancy data, starting from the second puberty.*

Түйін сөздер: ерте жүктілік, жас ана, ата-ана, жыныстық жетілу, ерте жүктіліктің профилактикасы, контрацепция, жасөспірім, қыз бала, суицид, түсік, ЖЖЖИ.

Медициналық көрсеткішпен айтқанда 18 жасқа дейінгі жүктілікті ерте жүктілік деп айтады. Ерте жүктілік – бұл жасөспірімдердің 13 жастан 19 жасқа

дейінгі жүктілігін айтамыз. Дәл осы уақыттарда қыз балада ауыспалы кезең болады, гормондық өзгерістердің тұрақталуы жүреді. Дәлірек айтқанда жасөспірімдік кезеңнің аяқталуы әйел организмнің толық дамуы, жүкті болуға және босануға дайын екендігін көрсетеді.

Қазіргі таңда ерте жүктілік көбінесе әлеуметтік топтар арасында жиі кездесетіндігі айтылсада оған негіз жоқ болып отыр, ерте жүктілік көбінесе ата-ананың қарауынсыз қалған немесе сүйіспеншілігі жетіспейтін топтар арасында екендігі анықталуда. Ата-аналар тарапынан балаларды жыныстық тәрбиелеуде ақсандау байқалады, себебі оған көпжылдық «ұят» болады деген сөздер немесе жеткілікті уақыт бөлмеу болып тұр. Жәнеде басқа тараптардан толық ақпаратты алады деп ойлауында, ал жасөспірім өзіне қажетті ақпаратты интернет көздерінен немесе газет-журналдар арқылы біледі. Кейбір жағдайда түрлі кітаптарды немесе түрлі контрацептерді сатып алу балаларын ерте жүктіліктен қорғайды деп есептейді, бірақ бұл дәл осы сұрақты шеше алмайды, ең бірінші келер ұрпақ өзінің денсаулығын сақтауды және өзінің әлеуметтік мүмкіндігін кеңейтуге талпынуы қажет. Ерте жүктілікті ата-ананың бала тәрбиесіне мүлде қатыспауы немесе дұрыс емес тәрбие беру нәтижесі деп қарастырса болады.

Сондықтан, ерте жүктіліктің алдын алу әлеуметтік маңызды сұрақтардың бірі болып қала береді және мамандардың бұл сұрақты шешудегі тұрақтылығы да барлық елде қалыптасып отыр. Бұған мына фактілер дәлелдейді, қолайсыз медициналық көмекке байланысты жас аналар жүктілік пен босануда психологиялық және әлеуметтік тұрғыдан тиісті қолдаусыз қалады.

Жыныстық жетілуде қатаң түрде жүретін реттіліктер бар:

- 7-9 жаста «өсу» серпіні пайда болады, әйелдік типтің алғашқы белгілері пайда бола бастайды, жамбас-сан аймағында тері асты майлы ұлпа ұлғайып әйел жамбасы қалыптасады.

- 10-13 жаста сүт безі ұлғаяды және қасаға аймағының түктену процесі жүреді. Бұл кезеңде менархенің (етеккір) келуімен аяқталады. Бойы және денесі өседі.

- 13 жаста қолтық астының түктену процесі болады.

- 14-17 жаста сүт безінің дамуы толық аяқталады, етеккір циклі овуляторлы болады, бойы мен денесінің өсуі тоқтап, толық әйел бітімі қалыптасатын болады.

Жыныстық жетілудің қалыптасуына көптеген факторлар әсер етеді: сыртқы және ішкі факторлар, эндокриндік өзгерістер, өзіндік қалыптасуы, өзін-өзі бағалауы, психосоматикалық тұрғысы.

Көптеген жасөспірімдер организм жас болса ол баланы көтере алады деп ойлайды, ол дұрыс емес тұжырым. Шынайы өмірде жасөспірім көптеген келеңсіздіктерге тап болады. Әлі де толық дамып бітпеген организмге жүктілік жүктеме болып келеді, оның соңында асқынуларыда болады:

- түсіктің болуы;
- анемияның ауыр дәрежесі;
- жүктіліктің бірінші үштігінде токсикоз;

- бала дамуының ақаулары;
- плацента жұмысының ақауы немесе мезгілінен ерте ажырауы;
- мерзімінен ерте босану және босанудан кейінгі асқынулар;
- кенет бала өлімі синдромы немесе өлі туылуы;
- босанғанан кейінгі кезеңдегі қан кетулер;
- түрлі қорқыныштардан жүктілікті дұрыс жүргізбеуі;
- депрессия және суицидке бейім болуы, болашақ өміріне жоспарының бұзылуы, көпшіліктің теріс пікіріне қалуынан қорқу;
- қаржылық жетіспеушілік;
- жатырдың толық қалыптаспауы өздігінен болған түсікке алып келеді.

Сонымен бірге жүктілік зорлық-зомбылық нәтижесінде болса, психологиялық тұрғыдан тұрақсыздыққа, болашақ өмірінде келеңсіздік болуына, отбасылық жағдайына және сексуальды өміріне әсер ететін болады.

Ерте жүктіліктің алдын алу – бұл жасөспірімдердің қалаусыз жүктілігінің алдын-алуға бағытталған іс-әрекеттер кешені.

Бұл тақырыптың басты міндеті – жасөспірімдердің жүктілігінің деңгейін төмендету, көптеген жасөспірімдердің өмірін сақтап қалу болып табылады.

Профилактиканың бірінші жолы – жасөспірімдерге арналған қауіпсіз жыныстық тәрбиені қалыптастыру, «жоқ» деген сөзді айта алуы, контрацепттердің түрлерін білуі және қолдана алуы.

Профилактиканың екінші жолы – бұл жүктіліктің соңын неге апаратындығына хабары болуы, босану және босанудан кейінгі кезеңде жас аналарға көмекті ұйымдастыру, босанудан кейінгі 1-2 жылдың ішінде контрацепттерді жеке тұлға тұрғысынан қарастыру.

Контрацепцияның түрлеріне тоқталсақ:

- биологиялық (күнтізбе, жыныстық қатынасты үзу, лактациялық аменорея, базальды температура анықтау);
- химиялық (спемицидтер, гель, кремдер);
- хирургиялық (әйел жыныс мүшелерінің стерилизациясы, вазэктомия);
- механикалық (презервативтер, қынаптық диафрагма, қалпақтар);
- аралас (жатыр ішілік заттар);
- құрастырылған ауыздық контрацепттер (КОК).

Жасөспірімдерге және жас аналарға жеке тарихына қарап таңдалынып алынады. Болашағы бар екендігін ескере отырып бұл топтағыларға хирургиялық тәсіл қолданылмайды. Себебі ол жүз пайыз қайтымсыз процесс болып табылады. Организмнің қайта қалпына келуі үшін және болашағына бағдар құра алуы үшін 2-3 жылдың көлемінде контрацепт пайдалану ұсынылады.

Зорлық-зомбылыққа ұшыраған жағдайда үш тәуліктің көлемінде жедел ауыздық контрацепт пайдалану ұсынылады.

Ерте жүктіліктің алдын алуда ең маңыздысы кеңес беру болып табылады. Кеңес берудегі ерекшелік жасөспірім тәрбиесімен байланысты болуы қажет, жасөспірімдермен кеңес барысын маңыздылығын және құпиялығын сақтау керек, сонымен қатар жағдайын түсіну эмпатияға кіру және сөкпеу. Ең бастысы

жасөспірім репродуктивті денсаулықтың маңыздылығын түсінуі, қорғану жолдарын білуі, пайдалана алуы және жыныстық жолдармен жұғатын инфекциялардың таралатындығын (ЖЖЖИ және АИТВ/СПИД) және одан қорғана алуын түсінуі керек.

Біздің колледждің қабырғасында жыл сайын түрлі семинар-тренингтер осы тақырыпта жүргізіліп жатыр. Жас қыздардан анкета жүргізіліп, сұрақ-жауап барысында анықталғаны көбісі ата-аналары тарапынан осы тақырыпта сөйлесуге ұялады екен. Және отбасы көлемінде бұл тақырып қозғалмайды. Сұрақ барысында анықталғандығы жас қыздар жыныстық өмір туралы өздерінен үлкен дос қыздардан, қасындағы қыздардың әпкелерінен, интернет көздерінен біледі екен. Контрацепттердің түрлерін және оларды пайдалану жолдарын теледидар арқылы, интернет көздерінен, осындай семинарлардан, лекция барысында түсінгендіктерін айтуда. Көбі жас организм қайта жүктілікті жақсы өткізеді деп ойлайды екен, яғни болуы мүмкін асқынулардан хабары жоқ екен.

Осыдан қорыта келе жыныстық тәрбиелеуде ата-анамен бірге оқу орындарыда ат салысуы қажеттілігін түсініп отырмыз. Түрлі лекциялар, демонстрациялық фильмдер, физиологиялық және қауіпсіз жыныстық қатынастар туралы мәліметтер беру керек.

Әдебиеттер тізімі:

1. Раисова А.Т., Нұрқасымова Р.Ф. Оқулық «Акушерия және гинекология» - Алматы. 2006ж.
2. Көзденова Р.С., Сейітмәмбетова Н.Қ., Оқулық «Гинекология». – Алматы, 2000ж.
3. Р.Ф. Нұрқасымова, Р.Ф. Бейсембаева, А.Т. Раисова «Акушерия» - Алматы. 2006.
4. Предупреждение ранней беременности и профилактика нарушений репродуктивного здоровья среди подростков в развивающихся странах. Информационная памятка на базе руководства ВОЗ. Авторы: всемирная организация здравоохранения.
5. Ранняя беременность. МБУЗ МО г. Нягань «МБУЗ МО г. Нягань «Перинатальный центр». Нягань, 2012г.
6. Профилактика ранней беременности несовершеннолетних в ссузах, Министерство науки и высшего образования РФ. ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет». Институт общественных наук, кафедра философии, социологии и культурологии. Г. Екатеринбург, 2018г.

**ЖҮРЕК ҚАН-ТАМЫРЛАРЫ БҰЗЫЛҒАН КЕЗДЕГІ МЕЙІРГЕРЛІК
ҮРДІСТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ. ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ.**

О.М. Миркадыр,

«Мейіргер ісі» мамандығының 3 курс, 17-01 топ студенті
Ғылыми жетекшісі: А.А. Жұмабаева,
Арнайы пән оқытушысы
Алматы қ. ДСБ ШЖҚ КМК «Жоғары медициналық колледж»
Қазақстан Республикасы, Алматы қаласы

Аннотация. *Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти после онкологии и сахарного диабета. Ежегодно умирают больше людей, чем от других заболеваний. Поэтому эта тема актуально в XXI веке.*

Annotation. *Cardiovascular diseases are the leading cause of death after cancer and diabetes. More people die every year than from other diseases. Therefore, this topic is relevant in the XXI century.*

Түйін сөздер: жүрек жетіспеушілігі, пациент, кардиология, жүрек қан тамыр бұзылыстары.

Мақсаты:

- қазіргі таңдағы жүрек қан тамыр ауруларының ішіндегі жиі кездесетін жүрек жетіспеушілігі туралы түсіну;
- жүрек жетіспеушілігімен ауыратын пациенттерге алғашқы мейіргерлік көмекті көрсетіп, мейіргерлік үрдіс құруды үйрену.

Жүрек жетіспеушілігі деп ағзалар мен тіндердің дұрыс жұмыс атқаруына қажет затармен қамтамасыз ету және метоболизм өнімдерін шығаруға негізделген қанайналым аппаратының (соның ішінде жүрек) өзінің жұмысын атқара алмауын айтады, тіндердің метаболиттік қажеттелігін қанағаттандыру үшін керекті қан көлемінің азаюы жүректің қамтамасыз ете алмауынан туатын патологиялық процесс.

Пайда болу жылдамдығына қарай: жедел және созылмалы болып бөлінеді.

1. Жедел түрі – миокард инфарктісі, нитральды және аорта клапандарының жетіспеушілігі, сол қарынша жарылуы.

2. Созылмалы – біртіндеп басталады.

Жүрек бөлімдерінің зақымдалуына байланысты: сол қарыншалық және оң қарыншалық болады.

Сол қарыншалық жүрек жетіспеушілігі – сол қарыншаға (а.стенозында) көп күш түскенде немесе оның жиырылу функциясы төмендегенде пайда болады (миокард инфарктінде). Сол кезде үлкен қан айналымына түсетін қан азаяды, сол жүрекше кеңейіп, кіші қан айналымында қан іркілісі болады.

Оң қарынша жүрек жетіспеушілігі – оң қарыншаға көп күш түскенде (өкпе артериясының саңылауы тарылғанда), немесе өкпелік гипертензияда, яғни кіші қан айналым шеңберінде қан іркілісі болғанда. *Жедел жүрек жетіспеушілігі* - жүректің насостық қызметінің бірден нашарлап, организмді қанмен қамтамасыз етілмеуі. Жүрек жетіспеушілігі кезінде жүректің ағзаға қан айдауында қиындықтар туады. Бұл көптеген себептерден болуы мүмкін. Көбінесе жетіспеушілікке жүрек бұлшық еттерінің зақымдануы алып келеді

(мысалы, ишемиялық аурулар немесе миокард инфарктінен). Кейде артериялық қысымның жоғарылауынан жүрекке шектен тыс күш түскен кезде де дамиды. Зақымдану мен шектен тыс күштің түсуі жүректің жиырылуына, қанға толуына (босаңсуына) немесе осы екеуіне бірдей кері әсерін тигізеді.

Егер жүрек дұрыс жиырылмаса, ол қанды қажетті көлемінде айдап шығара алмайды. Егер жүрек қан көлемінен толық босай алмай, босаңсыса, келесі жолы оған аз мөлшерде ғана қан құйылады. Осыған сәйкес, әрине қан жеткіліксіз көлемде айдалып шығарылады.

Жүрек жетіспеушілігінің негізгі екі салдарына келетін болсақ: біріншіден, ағза қажетті көлемде қанмен қамтамасыз етілмейді де, жалпы әлсіздік пайда болады; екіншіден, қан жүрекке кіре берісінде жиналып қалады да, қантамырларындағы сұйықтық айналадағы тіндерге «аға» бастайды. Ал сұйықтық көбіне аяқтарда және құрсақ қуысында жиналады, сонымен қатар өкпеде іркіліп қалады.

Бастапқыда ағза бейімделеді және мүшелер мен тіндерге қажет қан көлемін ұстап тұру үшін, жүректің әлсіз қызметін компенсациялауға тырысады. Бірақ компенсаторлы механизмдер шектеулі уақыт аралығында ғана әсер ете алады. Шындығында, бұл бейімделудің (адаптацияның) өзі, алысқа көз жүгіртсек, жүректі қосымша әлсірете түсу.

Жүректің компенсаторлы механизмдері: қанды көбірек айдау үшін, жүректің жиырылу жиілігінің артуы (тахикардия); ұстап қалатын және айдайтын қан көлемін арттыру үшін, жүрек камералары көлемінің үлкеюі (дилатация) ; жүрек қаттырақ жиырылу үшін, жүрек бұлшықеттерінің қалыңдауы мен тығыздалуы (гипертрофия).

Жүрек жетіспеушілігінің симптомдары. Жүрек жетіспеушілігінің түріне қарай, оның симптомдары әр пациентке әр-түрлі болуы мүмкін, Сізде осында көрсетілген симптомдардың барлығы немесе кейбіреуі ғана болуы мүмкін. Жүрек жетіспеушілігінің бастапқы кезеңдерінде симптомдар анықтала бермейді, ал уақыт өте жүрек жетіспеушілігі өршіген сайын, симптомдар анықталып, ауырлана түседі.

Ентікпе. Ентікпе өкпеде сұйықтықтың жиналуы мен іркілуінен пайда болады. Сұйықтыққа толған өкпеде газ алмасу үлкен қиындықпен атқарылады. Жүрек жетіспеушілігінің алғашқы кезеңдерінде ентігу тек физикалық күштемеден кейін болуы мүмкін. Ал сырқат өршіген сайын ентігу тыныштықта пайда болады. Пациент жатқан кезде ауа жетіспеу сезімі қиындай түседі. Сұйықтық гравитация заңына бағынады, сондықтан горизонталды қалыпқа ауысқанда өкпе қосымша сұйықтыққа жиналады (үстелде тұрған және жатқан бөтелкедегі сұйықтықты елестетіңіз).

Жөтел және сырылдар. Кейбір жүрек жетіспеушілігі бар пациенттерді ентікпеден басқа, жөтел мен сырылдар мазалайды. Қалыпты жағдайда бұл өкпеде сұйықтықтың жиналуына байланысты, бірақ кейде тыныс жолдарының басқа ауруларына да байланысты болады (мысалы, өкпенің созылмалы обструктивті аурулары (ӨСОА) немесе демікпе).

Дене салмағын қосу. Жүрек жетіспеушілігі бар пациенттер жиі салмағын қосады. Егер жүрек жетіспеушілігі сұйықтықтың жиналуына алып келсе, заңды түрде дене салмағы қосылады. Егер ағза артық сұйықтықтан арылса (мысалы, дұрыс ем қабылдау арқылы), пациент салмағыңызды жоғалтады.

Тобықтың ісінуі. Сұйықтықтың жиналуы ісінуге алып келеді, оны тобықтар аймағынан анық көруге болады. Кейбір жағдайларда ісіну аяқтарға, санға және ішке жайылады.

Шаршағыштық және қажу. Жүрек жетіспеушілігі жүректің жиырылу күшін төмендетуге алып келеді, сол себептен бұлшықеттердің қанмен қамтамасыздануы бұзылады. Оттегі мен қорек заттардың жетіспеуінен бұлшықеттер тез шаршайды. Көптеген пациенттер бұлшықет ширеуінен зардап шегеді.

Бас айналу. Жүрек жетіспеушілігі кезінде бүкіл ағзада қанайналым төмендейді. Артериалды қысымның төмендеуінен миға қан аз келеді, сол себепті пациентте бас айналу дамуы мүмкін. Жүрек жетіспеушілігі бар көп пациенттерде бас айналу жиі дәрілер қабылдағаннан кейін болады. Сонымен қатар, бас айналу жүрек жиырылуының ретсіздігінен және денені өзгерткен кезде қан қысымының кенет төмендеуінен болады (постуральды гипотензия).

Жүрек соғысының жиіленуі. Жүрек жетіспеушілігі кезінде қанайналымның қажетті деңгейін ұстап тұру үшін, компенсациялық түрде жүрек жиі жиырылып, оның соғысы жиілейді (тахикардия). Жүрек соғысының жиіленуі кезінде, ырғақ бұзылысынан жүрек кеудеден «шығып кететіндей» қатты соғады. Бұл симптом туралы дәрігермен немесе мейіргермен кеңескен жөн.

Жүрек жетіспеушілігі кезінде қолданылатын дәрілер. Диуретиктер (зәр айдағыш заттар) бүйрек арқылы несептің бөлініп шығуын белсендіріп, Пациенттің ағзаңыздағы артық сұйықтықтан құтылуға көмектеседі. Пациент диуретиктерді қабылдау барысында зәр шығарудың жиілегенін байқайсыз. Алайда, бұл пациенттің уайымдауына себеп емес. Пациент үйден шығар алдында таблеткаларды қабылдауды алдын ала жоспарлағаныңыз дұрыс. Күнделікті белсенділік үшін, ұзақ әсерлі, таблетка түріндегі заманауи диуретиктердің аз мөлшері жеткілікті.

Көбісі диуретиктерді таңертеңгілік уақытта қабылдағанды дұрыс санайды. Өйткені зәр шығару қажеттілігі күндізгі уақытта көбірек. Ал диуретиктерді кешке қабылдау, пациенттің ұйқын бұзады.

Ангиотензин - айналдырушы фермент тежегіштері бүйректе түзілетін «Ангиотензин II», деп аталатын гормонның әсерін тежейді. Ангиотензин II тежегіштері пациенттің қантамырларындағы босаңсуын қамтамасыз етіп, артериялық қан қысымын төмендетеді. Бұл пациенттің жүрегінің ағзаға қан тарату қызметін жеңілдетеді.

Вазодилататорлар қан тамырларын кеңейту немесе босаңсыту арқылы ондағы қарсылықты төмендетеді. Сондықтан артериялық қан қысымын төмендетіп, ағзаға қанның жеңіл өтуін қамтамасыз етеді. Кейбір вазодилататорларды үздіксіз қабылдайды. Керісінше, кейбір қысқа әсер етуші вазодилататорларды (мысалы, тринитрат глицерин/нитроглицерин) қажеттілік

туындағанда, кеудедегі ауыру сезімін басу мақсатында(стенокардияда) спрей немесе таблетка ретінде тіл астына қолданылады. Оларды теріге жағу үшін мазь немесе пластырь ретінде де қолдануға болады.

Дигиталис препараттарының ішінде ең жиі қолданылатыны — дигоксин. Дигоксин Сіздің жүрегіңіздің ырғағын шамалы төмендетіп, қатайтады. Сондай ақ ол ісінулерді де азайтады. Дигоксин әсіресе жүрек ырғағының бұзылыстары мен жүрек жетіспеушілігі бар пациенттар үшін тиімді.

Аритмияға қарсы заттар жүрек ырғағының бұзылысын бақылау үшін қолданылады. Жүрек жетіспеушілігімен сырқаттанатын кейбір пациенттерге бұл препараттар тобы қауіпті болып саналады, сондықтан оларды қолданудан бас тарту керек.

Жүрек – қан тамыр жүйесінің қызметі бұзылған кездегі мейіргерлік үрдіс.

Мейіргерлік үрдістің 1 кезеңі – пациенттің жағдайын бағалау.

Кезеңнің мақсаты: пациенттан толық ақпарат жинау.

Міндеті: дәрігерге дейінгі көмек көрсету;

I. СУБЪЕКТИВТІ ТЕКСЕРУ:

1. Пациенттің шағымдарын анықтау.

2. Қажетті ақпараттар: - ауру тарихы (қашан, қалай басталды, физикалық, эмоциялық күш түскенде);

- ауыруы (ауыруының дәрежесі, ауыруын басатын және күшейтетін, әсер ететін факторлар);

- жүрек қан-тамыр жүйесі мәселелері (бас ауруы, АҚҚ көтерілуі, аяқтағы ісіктер кешке, салмақ қосуы);

- дәрілік терапия (валидол, нитроглицерин, гипотензивті дәрілер қабылдада ма) көмегі болды ма;

- тамақтануы (салмақ қосуы, ұн тағамдарын, тұзды тағам, сұйықтықты қабылдауы);

- аллергиясы бар ма (тұрмыстық, тағамға, дәрілерге).

3. Қосымша ақпарат: ауруханадан шыққанда ұсыныстар беру үшін:

- кәсіби зияндылықтар (ауруын асқындыратын жұмыстағы зиянды факторлар);

- тұрмыстық жағдайы (үйде салқын, ылғалды болуы);

- тұқым құалаушылық (жақын туыстарының ЖКТ аурулары);

- қауіпті факторлар (күйзеліс, ұйқысының бұзылуы, тәбетінің бұзылуы, қозғалыс

белсенділігі, жағымсыз әдеттері).

II. ОБЪЕКТИВТІ ТЕКСЕРУ

- мейіргер бұл мәліметтерді қарау, бақылау, аспаптармен тексеру арқылы алады:

- Антропометриялық көрсеткіштері (бойы, салмағы, артық салмақ);

- Функционалды жағдайы (АҚҚ, ТАЖ, тамыр соғуы, дене қызуы);

- Тері жамылғылары (түсі-көгеруі, қызаруы және т.с.с);

- Қозғалғыштығы (барлық буындарының қозғалғыштығын бағалау, өзіне қызмет ету қабылеті);

- Зертханалық және аспаптық зерттеулер көрсеткіштері.

III. ПСИХО – ЭМОЦИОНАЛДЫ ТЕКСЕРУ.

Тексеру кезінде мейіргер осы аурумен байланысты қорқыныш, уайым, үрей, күдік және басқа да эмоцияның бар екенін анықтайды. Пациенттің психологиялық жағдайы ауруына және жүргізілетін емге қатты әсер етеді.

Мейіргерлік үрдістің 2 кезеңі – пациенттің мәселесін анықтау.

Мейіргерлік диагноз қою.

Мақсаты:

- алынған ақпаратты талдау;
- басым мәселесін анықтау;
- мейіргерлік диагноз құру.

Мейіргерлік диагнозды құрғанда, мәселенің немен байланысты екенін түсіндіру керек (мысалы: бас ауруы-ҚҚ жоғарылауымен н/е төмендеуімен байланысты).

Мейіргерлік үрдістің 3 кезеңі – күтімді жоспарлау.

Кезеңнің мақсаты: жеке жоспар құру.

Мейіргердің міндеті: басым мәселені белгілеу, мақсат қою, жеке жоспар құру. Назар аударыңыз!! **ЖОСПАР ДОЗАЛАНҒАН ЖӘНЕ БАҚЫЛАНУЫ ТИІС.**

Мейіргерлік үрдістің 4 кезеңі – жоспарды іске асыру.

Бұл кезеңде мейіргер жоспарланған күтімді орындайды. Құрылған жоспарды орындаудағы мейіргерлік араласулар:

- тәуелді араласу: бұл дәрігердің тағайындауын орындау (дәрілік терапия, зерттеулерге биологиялық материал алу тағы с.с.)
- өзара тәуелді араласу: бұл бригадамен жұмыс істеу (ЕФК дәрігері, дәрігер диетолог, басқа да мейіргерлер т.с.с.)
- тәуелсіз мейіргерлік араласу: бұл мейіргернің өзінің білімі мен біліктілігіне сүйене отырып орындайтын жұмыстары.
- АҚҚ, тамыр соғуын, ТАЖ, тері жамылғыларын, зәр бөлінуін;
- өзіне күтім жасауы шектелген пациенттерге көмек көрсету (гигиеналық шаралар, киіну, шешіну, тамақтану).
- бақылау (төсектік тәртіпті сақтау, дәріні уақытында қабылдау, тумбочкаларын) т.с.с.
- кеңес беру (бейімделу мәселелері, СӨС т.с.с.)
- психологиялық қолдау көрсету;
- денсаулықты қалпына келтіруді орнату.

Мейіргерлік үрдістің 5 кезеңі -күтімнің нәтижесін бағалау.

Күтімнің нәтижесін қойылған мақсатпен салыстыру қажет. Егер қойылған Мақсатқа қол жеткізілген болса (жүрек ауырғаны басылды, тұншығу тоқтатылды, пациент темекі тартуын тоқтатты, әлеуметтік мәселелері нағыз болмады) онда нәтиженің оң болғаны.

Қорытынды. Қазіргі таңдағы жүрек қан тамыр ауруларының ішіндегі жиі кездесетін жүрек жетіспеушілігі туралы түсіндірдім. Сонымен қатар жүрек жетіспеушілігімен ауыратын пациенттерге алғашқы мейіргерлік көмекті көрсетіп, мейіргерлік үрдіс құруды үйреттім.

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1. Островская И.И , Широкова Н.В . Основы сестринского дела М., 2008 г.
2. Мухина С.А., Тарновская И.И., Теоритические основы сестринского дела –М., 2008г.
3. Мухина С.А., Тарновская И.И., Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» : учебник-М 2000г
4. Т.П. Обуховец .Основы сестринского дела .Практикум. Ростов-на-Дону, «Феникс», 2005г.
5. Нурманова М.Ш., Матакова Ж.Т., Бейскулова Э.Т. «Мейіргер ісі негіздері» 2012 ж.

МЕЙІРГЕР ҚЫЗМЕТІН БАСҚАРУДАҒЫ КӨШБАСШЫЛЫҚ

Алтыбаева Гулнур Асанқызы,

Арнайы пәндер оқытушысы

Алматы қаласы Денсаулық сақтау Басқармасы

ШЖҚ КМҚ «Жоғары медицина колледжі»

Аннотация. *Интерес к теме лидерства и власти постоянно растет. Стремление влиять на события и людей заложено в человеческом бытии на генном основании - это стремление к власти. Все мы имеем право выбора: либо вы управляете, либо они управляют вами. Для большинства людей лидерство - это смысл и смысл их существования. Лидерство как в современном менеджменте, так и в менеджменте сестринского дела имеет большое значение в профессиональной деятельности любого руководителя, в данном случае – главной медицинской сестры. В статье мы рассмотрим понятие лидерства, выделим особенности и качества, необходимые лидеру, а также выделим главные составляющие потенциала лидера.*

Annotation. *Interest in the topic of leadership and power is constantly growing. The desire to influence events and people is inherent in human existence on a genetic basis - this is the desire for power. We all have the right to choose: either you control, or they control you. For most people, leadership is the meaning and purpose of their existence. Leadership in both modern management and nursing management is of great importance in the professional activities of any manager, in this case, the chief nurse. In this article, we will consider the concept of leadership, highlight the features and qualities necessary for a leader, and also highlight the main components of a leader's potential.*

Кілт сөздер: Мейіргер ісі, көшбасшылық, басқару, дәстүрлі, заманауи, қоға, билік, лидер, қарым-қатынас, мақсат.

Басқарудағы көшбасшылық пен менеджменттегі билік қазіргі таңда маңызды мәселелердің бірі болып табылады. Бұл мәселені зерттеудегі өзектілік

«топтық мақсаттарға қол жеткізуге барынша әсер ететін, топтық интеграцияның маңызды факторы болып табылады».

Көшбасшылық мәселесін зерттеу барысында ғалымдар бұл ұғымға көптеген әр түрлі анықтамалар ұсынған. Мысалы, Дж.Терридің пікірінше, көшбасшылық - бұл адамдар тобына әсер ету, оларды ортақ мақсатқа жетуге шақыру. Ал, Р.Танненбаум, И.Вашлер және Ф.Массарик көшбасшылықты белгілі бір мақсатқа немесе мақсатқа жетуге бағытталған қарым-қатынас процесінің көмегімен белгілі бір жағдайда көрінетін тұлғааралық өзара әрекеттесу, қарым-қатынас деп анықтады. Г.Кунц пен С.О'Доннелл көшбасшылық бір мақсатқа жету үшін адамдарға әсер етумен байланысты деп санайды.

Қоғамдағылар көшбасшыны мына төрт модель бойынша қабылдайды:

- «Біздің біреуіміз». Көшбасшының өмір салты әлеуметтік топтың кез-келген мүшесімен бірдей деп болжануда. Басшы, басқалар сияқты, қуанады, уайымдайды, ашуланады және азап шегеді; өмір оған жағымдыны да, жағымсызды да алып келеді;

- «Біздің ең жақсымыз». Көшбасшы бүкіл топқа тұлға ретінде және кәсіби маман ретінде үлгі болады. Осыған байланысты лидердің мінез-құлқы еліктеу объектісіне айналады;

- «Ізгіліктің іске асуы». Көшбасшы жалпы адамзаттық адамгершілік стандарттарының жеткізушісі болып саналады. Көшбасшы топпен өзінің әлеуметтік құндылықтарымен бөліседі және оларды қорғауға дайын;

- «Біздің үмітімізді ақтау». Адамдар қоршаған ортаның өзгеруіне қарамастан көшбасшының мінез-құлқындағы жүйелілікке үмітті. Олар көшбасшының әрдайым өз сөзіне адал болғанын, топтың бекітілген тәртібінен ауытқымағанын қалайды.

Көшбасшылықтың төрт стилі бар: авторитарлық, демократиялық, либералды және бюрократиялық.

1. Авторитарлық басшы өзінің пікірі ұжымда қаншалықты бөлінетініне қарамайды, қол астындағыларының ұсыныстарын қабылдамайды және оларға болып жатқан процестерді түсіндірмейді. Қызметкерлердің жұмысы нақты белгіленген нұсқауларға сәйкес ұйымдастырылған.

2. Демократиялық көшбасшылық стилі алқалы шешім қабылдауға негізделген, яғни бағыныштылардың пікірі ескеріледі. Көшбасшы өз ұстанымы мен идеяларын жарнамалайды, сендіру арқылы өз қызметкерлерін одақтастарға айналдыруға тырысады. Пайда болған идеяларды бағынушылармен бірге талқылауға болады. Топтың идеялары қабылданады, бірақ көшбасшының өзі жұмысты бағдарлайды және басқарады. «Сәбіз және таяқша» әдісі толығымен қолданылады.

3. Либералды көшбасшылық стилі - бұл сіз жұмысыңыздағы отбасы деп айта аласыз. Көшбасшы бар, бірақ ол басшылықтан бас тартты. Қол астындағы қызметкерлер не істеу керектігін өздері анықтайды.

4. Бюрократиялық стиль. Авторитарлық стильдегі сияқты, бюрократ қызметкерлермен қарым-қатынасты дамытуға мән бермейді Басқару процесіне

бағыныштыларды қатыстырмайды. Ол үшін нәтиже маңызды, бірақ қатаң түрде қол жеткізудің жолдары реттеледі. Басшылықта икемділіктің жоқ, ережелерді қатаң сақталуына бағынады.

Салыстырмалы түрде дәстүрлі және заманауи көшбасшыны алып қарастыратын болсақ:

Дәстүрлі көшбасшы: ұйымдағы барлық маңызды шешімдерді өзі ғана қабылдайды. Өз командасының алдында тұрған барлық мәселелерді шешеді. Жұмыс процесін толығымен басқарады және өз командасының жұмысының нәтижелері үшін жауап береді. Барлық сұрақтарға өзі жауап береді. Ережелерді өзі жасайды. Ұжымның бірлігі мен келісімділігін жоғары бағалайды. Мүмкіндігінше конфликттік жағдайларды болдырмауға тырысады. Әдетте, белгілі бір оқиғаларға реакция жасайды, бірақ өзгерістерге қарсы тұрады. Ұйымда жұмыс істейтін адамдарға емес ұйымның қажеттіліктеріне басымдық береді. Ұзақ мерзімді перспективаға арналмаған сызықтық, аналитикалық ойлау стилін қолданады. Мамандандырылған, қолданбалы тәжірибе мен білімді жинақтауға тырысады. Оның құзыретіне кіретін мәселелер ғана мүдделі. Басқалармен қатты бәсекелеседі. Өз аймағының аумағында ғана жарамды. Қарамағындағы қызметкерлерге ұйым үшін алмастырылатын ресурс ретінде қарайды. Тәуекелден сақтануға тырысады.

Заманауи көшбасшы: Жауапкершілікті топтың басқа мүшелерімен бөліседі. Қол астындағы қызметкерлерге өндірістік те, әлеуметтік те мәселелерді шешуге көмектеседі. Қол астындағыларда өзін-өзі басқаруға деген ұмтылыс пен маманның өздері орындайтын жұмысқа деген қатынасын ынталандырады. Дұрыс сұрақтар қояды және жұмысшыларды қажетті адамдармен байланыстырады. Өз ұйымының болашағы туралы және негізгі құндылықтар жиынтығы туралы анық тұжырымдап, адамдарды айналасында біріктіреді. Адамдардың алуан түрлі көзқарастарға ие және білдіруге деген қабілеті мен қалауын жоғары бағалайды. Шиеленістерді шешім қабылдау мен жүзеге асыруда консенсусқа қол жеткізу мүмкіндігі ретінде қарастырады. Белсенді әрекет етеді, өзін-өзі өзгертуді бастайды және өзгерісті ұйымның өмір сүру элементі ретінде қарастырады. Ұйымның және оның қызметкерлерінің қажеттіліктерін ақылмен теңестіруге ұмтылады. Жұмыс процесіне және адамдарға назар аударады. Әр түрлі саланың маманы болуға ұмтылады. Бүкіл ұйымның мәселелеріне қызығушылық танытады, ұйымның басқа топтары мен бөлімшелері үшін сенімді серіктес болуға тырысады. Қатты бәсекелес болып келеді, бірақ бәсекелестермен, серіктестермен қажетті байланыс орнатады. Аймақаралық және халықаралық ауқымда әрекет ете біледі. Персоналды ұйымның ең құнды ресурсы ретінде қарастырады, жақсы қызметкердің орнын басудың қаншалықты қиын екенін біледі. Тәуекелге баруға дайын.

Мүмкіндігінше тиімді жұмыс істегісі келетін, қол астындағылардан қолынан келгеннің бәрін алғысы келетін менеджер өзінің бүкіл мансабында басшылықтың бір стилін қолдана алмайды. Керісінше, көшбасшы белгілі бір жағдайға сәйкес келетін барлық стильдерді, әдістерді және әсер ету түрлерін

қолдануды үйренуі керек. Көшбасшылық, менеджмент сияқты, белгілі бір деңгейде өнер болып табылады.

Көшбасшылық мәселелері ұйымдық тиімділіктің кілті болып табылады. Бір жағынан, көшбасшылық басқаларға ойдағыдай әсер ететін немесе ықпал ететін адамдарға жататын белгілі бір қасиеттер жиынтығының болуы ретінде қарастырылады, екінші жағынан көшбасшылық - бұл топтың немесе ұйымның бағытында күш қолданбайтын ықпал ету процесі оның мақсаттарына жетуі.

Көшбасшылық - бұл әр түрлі қуат көздерін тиімді біріктіруге негізделген және адамдарды ортақ мақсатқа жетуге ынталандыруға бағытталған басқарудың өзара әрекеттесуінің нақты түрі.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Айзятова Е. В. Самооценка сестринским персоналом уровня знаний по обеспечению профессиональной безопасности на рабочем месте [Текст] / Е. В. Айзятова, Л. А. Богомолова, Л. А. Карасева // Медсестра. - 2017. - № 2. - С. 14-18.
2. Внедрение новых сестринских технологий в республике Казахстан [Текст] / А. М. Исакова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2016. - № 3. - С. 182-18
3. Басовский Л.Е. Менеджмент: Учебное пособие/ Л.Е. Басовский. - М.: ИНФРА -М, 2007. - 216с.
4. Виханский О.С., Наумов А.И. Менеджмент: Учебник. – 3-е изд., - М.: Экономистъ, 2004. С. 469 – 526.
5. Галькович Р.С, Набоков В.И. Основы менеджмента. – М.: Инфра-М,2005.
6. Дятлов А.Н., Плотников М.В., Общий менеджмент. Основы управления персоналом. М.: Дело, 2003. - 336с.
7. Двойников С.И., Лапик С.В., Павлов Ю.И. Менеджмент и лидерство в сестринском деле: Учебн. пособие / Под ред. И.Н. Денисова. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005. С. 215 – 223.
8. Мескон М. Основы менеджмента: учебник / М. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури. – М.: Издательство «ДЕЛЮ», 1997. – 492с.
9. Смолкин А.М. Менеджмент: основы организации. Учебн. Пособие. М.,2009г.

ЗАРАРСЫЗДАНДЫРУ. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН ЗАРАРСЫЗДАНДЫРУ ЕРІТІНДІЛЕРІ

А.А. Жумабаева,
арнайы пән оқытушы

Аннотация. Эта статья посвящена общей стерилизации и влиянию дезинфицирующих растворов, используемых в медицинских учреждениях Республики Казахстан. Обеззараживание, удаление и доведение до безопасной степени изделий медицинского назначения, применяемых в любом медицинском учреждении. Дезинфекция (обеззараживание) – уничтожение возбудителей инфекционных заболеваний в окружающей среде. При дезинфекции уничтожаются только вегетативные виды микроорганизмов. Микроорганизмы могут быть уничтожены физическими факторами и химическими веществами. Цель дезинфекции: удаление и уничтожение возбудителей инфекционных заболеваний из палат лечебно-оздоровительных учреждений с объектов внешней среды. Существует два вида обеззараживания: профилактическое и очаговое. Стерилизация подразделяется на механическую, физическую, химическую (полную) стерилизацию и смешанную стерилизацию.

Annotation. This article is devoted to general sterilization and the effect of disinfectant solutions used in medical institutions of the Republic of Kazakhstan. Decontamination, removal and bringing to a safe degree of medical devices used in any medical institution. (Disinfection – decontamination) - the destruction of pathogens of infectious diseases in the environment. During disinfection, only vegetative types of microorganisms are destroyed. Microorganisms can be destroyed by physical factors and chemicals. The purpose of disinfection: removal and destruction of pathogens of infectious diseases from the wards of medical and health institutions from the objects of the external environment. There are two types of disinfection: preventive and focal. Sterilization is divided into mechanical, physical, chemical (full) sterilization and mixed sterilization.

Түйін сөздер: зарарсыздандыру әдістері, зарарсыздандыру сатылары, Дезинфекциялық ертінділермен, жуғыштық заттармен зарарсыздандыру жүргізгенде қауіпсіздік шаралары.

Зарарсыздандыру - патогенді және шартты патогенді микроорганизмдерді жою үшін жүргізіледі. Жара беттеріне жанаспаған, терінің және шырышты қабықтың бетін бұзбаған, қан құюға қолданбаған және инъекциялық дәрілерді пайдалану процесінде адам организмнің қуыстарына енгізілмеген медицинада тағайындалған бұйымдар тек қана зарарсыздандырылады. Кейіннен олар ағынды құбыр суында жуылады және таза зарарсыздандырылған жабылатын ыдыстарда белгіге сәйкес сақталады.

Зарарсыздандырудың түрлері. Алдын-ала сақтандыру және ошақты зарарсыздандыру болып бөлінеді. Алдын-ала зарарсыздандыру мақсаты: аурухана ішілік жұқпалы аурудың болмауын алдыналу.

Ошақты (очаговая) зарарсыздандыру ошақты және күнделікті зарарсыздандыру болып бөлінеді:

Зарарсыздандыру түрлері

- ✓ Алдынала зарарсыздандыру
- ✓ Ошақты (очаговая)

1. күнделікті (текущая) зарарсыздандыру
2. қорытынды (заключительная) зарарсыздандыру

Күнделікті (текущая) зарарсыздандыру – күніне бірнеше рет жұкпалы аурумен ауырған пациенттің төсек орнында жатқан жерінде жүргізіледі.

Зарарсыздандыру әдісі. Зарарсыздандыру әдісі – механикалық, физикалық, химиялық және аралас (комбинированные) болып бөлінеді.

Механикалық зарарсыздандыру әдісі - бөлімшелерді ылғалдап жуу; киімдерді, төсек жабдықтарын, төсек орындарды қағыпсілку; шаңсорғыштың көмегімен бөлімшені шаңнан босату, ақтау және бөлімшені бояу; қолды жуу.

Физикалық зарарсыздандыру әдісіне жататындар - күннің көзін қолдану (кептіру); ауаны зарарсыздандыру үшін ультракүлгін сәулесімен күйдіру; күйдіру, қыздыру, ыстық үтікпен үтіктеу; құны жоқ құралдарды және қоқымдарды жағу; пастеризация жасау; тиндализация (бөліп пастеризация жасау 67 күн ішінде 600Ста уақыты (экспозициясы) – 1 сағат. Толығымен салып, дистилденген суда қайнату – 30 минут, толығымен салып, сода ерітіндісінде қайнату – 15 минут. Қайнату алдында, басқа ыдыста ластанғанын тазалау, эпидемияға қарсы қорғану шараларын жасай отырып, ағынды суды шайқап, канализацияға төгу. Қайнату уақыты қайнаған кезден есептеледі. Ыстық ауамен зарарсыздандыру әдісі (ыстық ауа шкафында $t = 1200\text{C}$, уақыты (экспозициясы) – 45 минут, температура деңгейіне жеткен уақыттан бастап есептеледі. Бу қысымымен зарарсыздандыру. Зарарсыздандыру агенті: су буы қысымы 0,5 атм. Зарарсыздандыру тәртібі: температурасы – 1100С, уақыты (экспозициясы) 20 минут, зарарсыздандыру қорабында /бикста/ және дезкамерада /автоклава/ жүргізіледі.

Химиялық әдіс. Медициналық мекемелерінде химиялық әдісте зарарсыздандыру толығымен салып қою кеңінен қолданылады. Зарарсыздандыру кезінде сүртуге пайдаланбайтындар: сайдекс, формалин, глутарал, бианол, дезоксон1. Бұлар адамның ағзасына токсикалық кері әсерін беретін болғандықтан қолданылмайды. Химиялық зарарсыздандыру әдісіне жататындар:

- ✓ Шашырату, шашып себу (орошение), шаңдату (распыление);
- ✓ Сүрту (протирање);
- ✓ Салып қою (полное погружение).

Аралас (комбинированный) зарарсыздандыру әдісі. Аралас зарарсыздандыру әдісі арнайы зарарсыздандыру камерасында (дезинфекция) жүргізіледі. Ауаны булау (паровоздушный) – ауаны ылғалдап зарарсыздандыру температурасы $t = 1100\text{C}$ қысымы 0,5 атм., уақыты (экспозициясы) 20 минут. Формалинмен булау (пароформалиновый): 0,5 атм. тәртібінде, $t=900\text{C}$, уақыты (экспозициясы) 30 минут. Зарарсыздандыру камерасының атқаратын қызметі ауаны ыстық бумен белгілі бір температураға дейін жеткізіп және қысымы мен

бу әсерін күшейту қажет болғанда – формальдегидті (формалинді) қосымша камераға енгізу арқылы жүргізіледі.

Зарарсыздандырудың сатылары

1. Төменгі сатыдағы зарарсыздандыру зарарсыздандыру, бактериялар, кейбір саңырауқұлақтар, вирустарды жоюы, бірақ эффектісі микробактерия туберкулезді жоя алмайды.

2. Ортаңғы сатыдағы зарарсыздандыру зарарсыздандыру, бактериялар, (сонымен қатар микробактериялық туберкулез) саңырауқұлақтар, вирустар кезіндегі жойылуды айтады, бірақ споранын жойылуымен жүрмейді.

3. Жоғарғы сатыдағы зарарсыздандыру зарарсыздандыру, шартты және шартсыз патогенді микроағзалардың жойылуын айтады, сонымен қатар спора азаяды.

Емдеу мекемелердегі қолданылатын дезинфектанттар. Емдеу мекемелеріндегі қолданылатын дезинфектанттарлық заттарды зарарсыздандыру үш топқа бөлінеді:

1. Медициналық құрал – жабдықтарды зарарсыздандыру.

2. Бөлмелерді, жиһаздарды, пациенттердің күту заттарын зарарсыздандыру.

3. Медперсоналдың қолың өндеу.

Көбінесе зарарсыздандыру үшін, әр түрлі химиялық заттар қолданылады. Қазіргі уақытта Қазақстанда әр түрлі қасиеттері бар (тұрақтылығы, еріткіштігі, қолдану көлемі) жуғыштың қасиеті, организмнің РН маңыздылығы т.б. химиялық топтарға рұқсат етілген. Эпидемияға қарсы зарарсыздандыру шараларының әсерін жетілдіру үшін дезинфекциялық заттарды дұрыс тандап, медперсонал оның негізгі қасиеттерін, ерекшеліктерін білуге тиіс.

Қазіргі дезинфектанттардың арасында хлораралас және асқын тотығын тәжірибеде қолданған тиімді. Дезинфекциялық заттардың тығыздығын, уақытын тандауы көп себептерден байланысты:

- Зарарсыздандырудың талап ету дәрежесімен;
- Микроб қоздырғыштың сезімталдығы деңгейімен және спектрі;
- Зарарсыздандырудың жағдайымен, дезинфекциялы объектінің түрлерімен;
- Елдерге дезинфектанттардың жақпауымен;
- Зарарсыздандырудың шараларының бағасымен.

Дезинфекциялық заттардың талаптары:

- Әрекеттің кең спектрі;
- Әр – түрлі микроорганизмдердегі микроцидтық әсері;
- Улығы аз, төмен аллергендігі;
- Суда жақсы еріткіштігі;
- Экологиялық қауіпсіздігі;
- Зарарсыздандыратын объектілерді зақымдандырмайтындығы;
- Қолдауға қарапайымдылығы;
- Зарарсыздандыру ортада белсендігі.
- Белсенділігін жоғалтпайтындығы;

- Сақтау мерзімінің ұзақтығы;
- Медперсоналдарға қауіпсіздігі;
- Тасымалдауға ыңғайлығы.

Жаңа ғасырдағы дезинфектанттардың химиялық топтары мен қосындары. Сыртқы белсенді заттардың құрамына мынадай компоненттер кіреді: глутарлық альдегид, асқын тотығы, глиоксаль, олар вирулицидтық, туберкулоцидтық, фунгицидтық және спороцидтық әсер етеді.

Қазақстанда жиі кездесетін дезинфектанттар болатын хлораралас заттар. Хлораралас заттар (галлоидтер). Объектілерге өндеу жүргізілгенде хлораралас заттар ауаға жоғарғы тығыздығына байланысты “белсенді хлор” шығарады, антимикробтың әсерінде молекуланың құрылысын қайталанбайтындай зақымдандырады. Осымен қатар оның антимикробтық әсерінен басқа тағыда жағымсыз әрекеті бар. Ол айналадағы ортаны, теріні, шырышты қабаттарды т.б. зақымдандырады. Күрт иісті хлораралас заттар тыныс жолдарын тітіркендіреді.

Хлораралас дезинфектанттарға жатады.

1. Анолиттер – бір рет қолданылады, тығыздығы 0,05 – 0,1%, сақтау мерзімі 24 сағаттан 7 күнге дейін. Құрал – жабдықтарды залалсыздандыру алдында, зарарсыздандыру және химиялық залалсыздандыру үшін қолданылады.

2. Натрий гипохлорид 0,1% – 2,5% дейін суға ерітіп, құрал – жабдықтарды зарарсыздандыру үшін қолданылады. Ерітінділерді 1 – 7 күнге дейін сақтанылады.

3. Клорсепт таблетка тәрізді, көбінесе сұйықтықтарды, қанды, қан сарысуларды зарарсыздандыру үшін қолданылады.

4. Йодонат, аквабор, пресепт, диохлор емдеу мекемелерде қолданылады.

Аммоний төрт қосылыстары, оның ұқсастықтары.

1. Дюльбак ДТБ/л (Франция) суық концентрат, тәулігіне екі рет қолданады.

2. Септабик (Израиль) жоғарғы нәтижелі дезинфектант. Ақ түсті ұнтақ тәрізді шығарылады иісі жоқ, белсенділігі 7 күнге дейін сақталады.

3. Велтосепт, деорол дезинфекциялық заттары қолданылады.

Альдегидаралас дезинфектанттар құрамында формальдегид 40% су ертіндісі – формалин улы, тұрақсыз, көп тұрса өзгере бастайды. Көбінесе эндоскоптарды, аппаратураларды, наркоздық жабдықтарды зарарсыздандыру үшін қолданылады.

1. Гигасепт (Германия).

2. Дюльбак.

3. Лизоформин.

4. Глютарал

5. Сайдекс

6. Септадор

Асқын тотықтық қосылыстар. Асқын тотығы универсалдық микробқа қарсы әсері бар. Мысалы: грамм оң, грамм теріс бактерияларға, вирустарға,

патогендық санырауқұлақтарға әсер етеді. Организмге айтарлықтай зиянды әсері білінбейді. Көбінесе эндоскоптарды, линзаларды зарарсыздандыру үшін қолданады. Ашық жараларға қолданатын антисептиктер: 3% 33 % асқын тотығы, виркон, перформ, первомур, дезоксон 1. Спиртаралас заттар. Көбінесе тері антисептиктер ретінде 70% спирт, асептинол, октинидерм қолданады, микробтарға микробостатистикалық әсері бар.

Феноларалас заттар. Фенол препараттардың микробоцидтік, микробостатикалық әсері бар. Олар вирустарға, қарапайым грамм оң, грамм теріс микробтарды зарарсыздандыру үшін қолданылады.

Дезинфекциялық ертінділерді қолдану ережелері.

1. Зарарсыздандыруды жасайтын химиялық заттарды сақтау үшін ережелерін білу керек.

2. Дезинфекциялық заттардың дайындаған уақыты, сақтау мерзімі бар құжаты болады.

3. Дезинфекциялық ертінділерді дайындаған кезде жеке бастың қауіпсіздік ережелерін сақтау керек.

4. Дезинфекциялық ертінділерді ауаны жаңартып отыратын бөлмеде жасайды.

5. Теріге дезинфекциялық ертінді тиген кезде міндетті түрде сумен жуады.

6. Көзге тиген кезде 2% ас содасымен жуып, ал ауырсыну пайда болған жағдайда новокаины бар көз тамшыны тамызады.

7. Тыныс жолдарын тітіркендірген жағдайда міндетті түрде ауаға шығарып жылы сүт ішкізіп немесе аузын 2% ас содасымен шаяды.

Дезинфекциялық ертінділермен, жуғыштық заттармен залалсыздандыру жүргізгенде қауіпсіздік шаралары.

1. 18 жасқа дейін, аллергендік ауруы бар, жүктілік кезінде дезинфекциялық заттармен жұмыс істеуге рұқсат етілмейді.

2. Дезинфекциялық ертінділерді дайындауын, құрал – жабдықтарды зарарсыздандырудың, залалсыздандырудың алдында өңдеуін. залалсыздандыруын арнайы бөлмеде дайындайды.

3. Дезинфекциялық ертіндісі бар ыдыстардың арнайы дайындау мерзімі болып, сыртқы қақпақпен жабылып отырады. Барлық жұмыстарды резеңке қолғаппен істейді.

4. Жұмыстың аяғында бөлмелерді желдетіп, дезинфекциялық заттарды арнайы жеке бөлмеге сақтайды.

Қортынды (заключительная) зарарсыздандыру – жұқпалы аурудың шыққан жерінде, пациентті оңашаланғаннан кейін, жұқпалы аурухана бөлімшесіне түскеннен кейін, пациент ауруханандан жазылып шыққаннан кейін немесе қайтыс болғаннан кейін жүргізіледі. Мақсаты ошақтағы жұқпалық ауру қоздырғыштарынан толығымен босату. Медицина мекемелерінде зарарсыздандыру шаралары, көбінесе орта медицина қызметкерлеріне жүктеледі. Сондайақ, емдеу алдыналу ұйымдарында зарарсыздандыру, әдістемелік (инструкциялық) құжаттармен басқарылып жүргізіледі.

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1. Островская И.И., Широкова Н.В. Основы сестринского дела М., 2008 г.
2. Мухина С. А., Тарновская И.И., Теоретические основы сестринского дела:- М., 2008 год.
3. Мухина С. А., Тарновская И.И., Практическое руководство к предмету « Основы сестринского дела»: учебник-М.,2000г.
4. Т.П. Обуховец. Основы сестринского дела. Практикум. Ростов-на-Дону, «Феникс»2005
5. Нурманова М.Ш., Матакова Ж.Т., Бейскулова Э.Т. «Мейіргер ісі негіздері» 2012 ж.

ИННОВАЦИОННАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Байдильдаева М.Б.

Методист

*Методический отдел Учебно-методического центра
КГП на ПХВ «Высший медицинский колледж» УОЗ г Алматы
Республика Казахстан, город Алматы*

Аннотация. *Мақалада педагогикадағы инновациялық технологиялар сипатталған. Білім беру ұйымдарының қызметінде қолдануға болатын бейімделген педагогикалық тәжірибелер келтірілген.*

Annotation. *The article describes innovative technologies in pedagogy. Adapted pedagogical practices that can be applied in the activities of educational organizations are presented.*

Ключевые слова: профессиональное обучение, модернизация традиционного обучения, инновационный подход.

Изменения, происходящие сегодня во всех сферах общественной жизни, научный прогресс в экономике, культурные изменения, новые потребности в сфере педагогической деятельности привели к необходимости кардинальной модернизации системы образования. Одним из путей в этом направлении являются педагогические инновации.

В настоящее время система образования является важной сферой в деятельности человека, одним из тех социальных институтов, значимость которых постоянно растет по мере развития общества в сторону информационно- технологического и социально- экономического прогресса. Обновленному обществу необходимы компетентные специалисты, которые обладают творческим мышлением, новым взглядом на проблемы, способные самостоятельно преобразовывать полученные знания для освоения новых технологий. Однако в последние годы настойчиво дают о себе знать проблемы,

которые не удастся решить в рамках традиционных методических подходов, все чаще говорят о кризисе образования, суть которого состоит, во-первых, в неудовлетворенном состоянии образования, во-вторых, развитие общества требует новой системы образования- «инновационного обучения», которое сформировало бы у обучаемых способность логически мыслить, чувствовать ответственность за будущее, веру в себя и свои профессиональные способности. Поэтому возникает необходимость в комплексном решении проблемы качества подготовки будущих специалистов. Для решения данной задачи необходимо шире использовать и внедрять инновационные педагогические концепции, технологий, методы обучения и контроля. Анализ научно- методической литературы по этой проблеме позволил выявить два основных направления совершенствования образовательного процесса и подходов к его организации. Первое- модернизация традиционного обучения, а второе- инновационный подход к учебному процессу, направленный на развитие у обучающихся возможностей осваивать новый опыт на основе развития творческого мышления, опыта учебно- исследовательской деятельности. [1, с]

В рамках вышеизложенного главной целью медицинского образования является повышение качества подготовки специалистов для системы здравоохранения на основе высоких клинических, научных и этических стандартов в медицинском образовании.

Многолетний опыт работы в системе среднего профессионального образования и специфика образовательного процесса в медицинском колледже позволил сделать нам вывод о том, что наиболее перспективным является использование в учебном процессе следующих инноваций:

- исследовательские, проблемные, способствующие формированию таких качеств личности, как креативность, самостоятельность, инициативность, мобильность;
- нетрадиционные формы обучения, ролевые игры по Р.Нуртазина, Л. Выготского;
- проектное обучение по В. Монахову, методической основой которого является метод проектов; [2, с 3]
- технология Канбан; [3, с 119]
- рейтинговая система оценки знаний студентов, позволяющая значительно повысить его мотивацию к приобретению знаний.

Развитие инновационной компетенции студентов проходит как во время учебных занятий, так и во время практического обучения при получении первичных профессиональных навыков. Инновационная компетентность создает возможности для каждого учащегося занимать активную позицию в учебно- воспитательном процессе, изменениям в образе деятельности и стиле мышления. Появляется возможность развития свободы мышления относительно любого вопроса, умение акцентировать внимание на значимом, необходимом, выделять нужное и видеть возможности его продуктивного использования. Кроме того, формируется умение самостоятельно определять

задачи профессионального и личностного развития, оценивать риски и принимать решения в нестандартных ситуациях, заниматься самообразованием, разрабатывать методические материалы, участвовать в исследовательской и проектной деятельности, осознанно планировать профессиональную деятельность.

В отличие от традиционной методики при использовании инновационной технологии ведущая роль отводится средству обучения: преподаватель, скорее всего не обучает студентов, а выполняет функции консультирования, стимулирования координации и управления их деятельности. При этом наблюдается полное доверие педагогическому профессионализму преподавателя, гарантированность хорошей подготовки учащихся на любом отрезке учебного процесса, наличие четких ориентиров не сковывающих творческую инициативу участников образовательного процесса, создание комфортных условий для учащихся, то есть недопущение перегрузки студентов и корректная реализация Государственного образовательного стандарта - полное соответствие системе дидактических аксиом.

В процессе преподавания каждый преподаватель пытается найти то, что позволит ему сделать урок более насыщенным, интересным и эффективным во всех отношениях: образовательном, воспитательном, развивающем. В этом плане широкое распространение приобретают нетрадиционные, структурированные формы обучения и контроля знаний студентов. Это технологии, существенно улучшающие мотивацию к учебному процессу. На наш взгляд при преподавании клинических дисциплин одним из оптимальных является тянущая технология «Канбан».

Как и у любой другой технологии, у неё есть свои слабые и сильные стороны.

В качестве сильной стороны выступает композиционное построение урока. Принцип этот работает как на микрогруппу, так и на всю группу. В первом случае идёт композиционное построение вопроса, где ответ каждого учащегося является частью целого, и работа в микрогруппе направлена на раскрытие вопроса, который в свою очередь также является частью темы.

Работая по этой технологии, учащиеся заняты построением ответа, который представляет единичное, являясь частью целого.

Если обычные задания на уроках предполагают по большей части репродуктивную деятельность при выполнении заданий, то данная технология в определённой части заданий, обязательно предполагает какую-либо преобразующую деятельность. При выполнении задания учащимся приходится продумывать, переосмысливать материал по всей теме, и не только его содержание, но и форму выполнения, и пути реализации.

На уроках работа каждой микрогруппы воспринимается как часть целого, и основным принципом в этом процессе является установление отношений между частями, связывание их в единое целое с выраженным смысловым единством. В этом случае появляется возможность объединить задание каким –

либо определённым сюжетом. Определение центра - главной идеи темы, изучаемой на уроке, становится основным направлением в заданиях.

Преподаватель, работая по этой технологии, опирается не только на материал, почерпнутый из учебных пособий, но и на собственные представления учащихся относительно ключевых и второстепенных моментов темы.

Полученный результат при использовании данной технологии на протяжении трех лет, позволяют говорить о безграничных возможностях позволяющих применить «Канбан», развитие творческого потенциала, как учащегося, так и преподавателя и создавать на их основе новые стратегические обучения. Что позволяет максимально использовать все факторы производства, касающиеся учебного процесса.

Кроме того, использование инновационных технологий делает преподавателя высокопрофессиональным, больше раскрепощает личность педагога, открывает новые горизонты развития его творчества. Педагог отходит от тематического планирования и «видит» проект будущего учебного процесса в системе микроцелей, что является началом нового методического мышления.

Таким образом, использование в педагогической деятельности как традиционных, так и инновационных технологий, методов обучения и контроля способствует развитию личности каждого студента, формируя его профессиональную направленность, творческую активность, креативность, самостоятельность, инициативность, мобильность. Эти качества необходимы не только медицинскому работнику, но и каждому специалисту, чтобы быть востребованным на рынке труда.

Конечно, инновационные технологии — это новое и непростое дело, но сегодня это - требование времени, чтобы сформировать у специалиста умение учиться непрерывно, всю жизнь и который будет наиболее востребован в третьем тысячелетии.

Список источников:

1. Аяпов К.А., Токбергенова Г.Т. Модернизация сестринского образования Казахстана. Алматы, 2012. 244 с
2. Кенжегарина Л. Модель учебного сотрудничества в тянущей технологии «Канбан». 2008. 165 с
3. Монахов В.М. Технологические основы проектирования учебного процесса: Монография. Волгоград, 2011. 152 с

БІЛІМ САПАСЫН АРТТЫРУДАҒЫ ЖАҢА ОҚЫТУ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫН ҚОЛДАНУДЫҢ МАҢЫЗЫ

Б.К. Иманбек, А.Н. Жамакурова,
преподаватели специальных дисциплин

Аннотация. В статье рассмотрены основные преимущества виртуальной лаборатории как одной из новых технологий обучения. Дается краткий обзор существующих онлайн-форм организации научной деятельности.

Annotation. The article discusses the main advantages of the virtual laboratory as one of the new learning technologies. A brief overview of the existing online forms of organizing scientific activities is given.

Түйін сөздер: виртуалды лаборатория, оқыту тәсілдері, білім

Қазіргі таңда білімге қойылатын талап күннен-күнге артуда. Елбасымыз Н.Ә.Назарбаев Қазақстан халқына арналған «Қазақстан-2050» жолдауында барлық қазақстандықтардың өсіп – өркендеуі, қауіпсіздігі және әл-ауқатының артуына бағытталған негізгі басым бағыттар мен міндеттерді жүзеге асыру үшін білім мазмұнын жақсартумен қатар, оқытудың әдіс- тәсілдерін қолданудың тиімділігін арттыру қажеттігін атап көрсеткен еді. Бұл Қазақстан Респубикасының Білім туралы Заңында «Білім беру жүйесінің басты міндеті – ұлттық және жалпы адамзаттық құндылықтар, ғылым мен практиканың жетістіктері негізінде жеке адамды қалыптастыруға және кәсіби шыңдауға бағытталған білім алу үшін қажетті жағдайлар жасау, оқытудың жаңа технологияларын енгізу, білім беруді ақпараттандыру, халықаралық ғаламдық коммуникациялық желілерге шығу» деп білім беру жүйесін одан әрі дамыту міндеттерін көздейді. [1]

Білім беру іс-әрекетіндегі инновациялар – білім беру қызметі нәтижелеріне жетуде әлеуметтік және нарықтық сұраныстармен ерекшеленетін жаңа білімді, жаңаша әдіс-тәсілдер мен технологияларды пайдалануды қажет етуде. Білім беру іс-әрекетіндегі әдіс тәсілдердің бірі – ол білім алушылардың ақпараттық-технологиялық дайындығы. Ақпараттық технологияларды қолдана отырып, білім беру үдерісін ұйымдастырудың кеңістіктік-уақыттық өзгерту ерекшеліктеріне білім алушылардың:

- кәсіби оқытушылық іс-әрекетке қажетті білім мен біліктерді түрлі әдіс-тәсілдермен алуы;
- алған білім мен біліктерді өмірлік және оқу іс-әрекеті жағдаяттарында қолдана алуы жатады.

Ақпараттық технологиялардың қарқынды дамуының салдарынан компьютер барлығына бірдей қолжетімді затқа айналып, Интернет желілері пайда болды, мұның барлығы білім беру салаларына да сөзсіз әсерін тигізуде. Осылайша, алдымен білім берудің ағылшын тіліндегі, қазіргі кезде қазақ тіліндегі сайттары шығып, виртуалды әлем арқылы байланыс, коммуникациялық қарым-қатынас, пікір алмасу, т.б. дамуда. Білім беру сайттары тәжірибе деңгейінде ғана емес, оқу үдерісіне енгізіле бастады. Оқу орындарында оқытылатын пәндердің бағдарлама мазмұнының күрделенуі және оның көлемінің артуы оқуға қажетті көмекші құралдарды дайындауды, оны оқу

үдерісіне тиімді ендіруді қажет етіп отыр.[2] Білім беру саласындағы түрлі сайттардың және оқыту технологияларының пайда болуы осы мәселелерді шешуге мүмкіндік берді. Виртуалды зертханалық жұмыстарды қолдануда «оқытушы – виртуалды зертхана – білім алушы» қатынастары жүйесінің негізін сапалық, жартылай сандық, параметрлік (сандық) тәсілдер жіктемесі құрайды.

Сапалық тәсіл – оқу ғимараты жағдайында орындауға күрделі құбылыстар мен тәжірибелер компьютерлік экранды басқару арқылы орындауға мүмкіндік береді.

Жартылай сандық тәсілде – виртуалды зертханада тәжірибе үлгіленеді және оның жеке сипаттарын (кесте, құрылғылары т.б.) өзгертуге болады.

Параметрлік (сандық) тәсілде – үлгіде берілген сандарды оның үлгілік сипатына (жылдамдығы, қозғалыс бағыты т.б.) қарай өзгертіп график траекториясы алынады. Осы берілген жіктеме виртуалды лабораториялық жұмысты көрсетуде (демонстрация), қорытындылауда, тәжірибе жасауда пайдаланылады. [3] «Виртуалды зертхана және оның артықшылығы неде, виртуалды зертхана не үшін қажет, виртуалды зертханалардың түрлері қандай?», - деген сұрақтардың мағынасын ашып алайық. В.В.Трухинның берген анықтамасы бойынша виртуалды зертхана – оқу материалдарына қажетті шынайы нысандарсыз компьютерлік модельдеу арқылы тәжірибе жүргізудің бағдарламалық-аппараттық кешені. Оның құрамына қашықтықта орнатылған зертханалық қондырғылар және зертханалық тәжірибелерді модельдеуді бағдарламалық қамтамасыз ету (виртуалды зертхана) кіреді. Виртуалды зертхананың артықшылығы:

- оқу кабинеттерін қымбат құрал-жабдықтармен қамтамасыз етуді қажет етпейді.
- аз секундтар немесе бірнеше жылға созылған үдерістер мен құбылыстарға бақылау жасау мүмкіндігі;
- қауіпсіздік мүмкіндігі (жоғары вольтты немесе улы химиялық заттармен тәжірибе жасау, т.б.);
- бір уақытта бірнеше тәжірибе жүргізу мүмкіндігі;
- тәжірибе нәтижесін жылдам алудағы уақыттың үнемділігі;
- қашықтықтан оқытудағы виртуалды зертхананы пайдаланудағы мүмкіндіктер, т.б. сипатталады [4]. Қазіргі оқу үдерісінде екі өлшемді және 3D; қарапайым және күрделі виртуалды зертханалардың түрлері қолданылып жүр, олар зерттеу және оқытуға арналған түрлі бағдарламалар арқылы жүзеге асырылады.

Түрлері	Сипаттамасы
1	2
Star	Зерттеу және оқытуға арналған Массачусет технологиялық институтының бағдарламасы. Бағдарлама жалпы биология, биохимия, генетика, гидрология, т.б. ғылым салалары бойынша оқыту және зерттеу жұмыстарын жүргізуге бағытталған. Бағдарламаның ресми сайты: http://star.mit/edu . Star бағдарламасы бірнеше ғылым салалары бойынша жіктеленеді: 1. StarBiochem – молекулалық белоктардың 3D визуализаторы, тәжірибеге икемді және нақты нәтиже алынады.

	<p>URL:http://star.mit.edu/biochem/inde./html.2. Star Genetics – будандастыру процесін үлгілеуге, моногенді белгі (Мендель заңдары) тұқым қуалау заңдылықтарын зерделеуге мүмкіндік береді URL: http://star.mit.edu/genetics /index.html.</p> <p>3. StarORF (ағылш. Open Reading frame) – ДНК немесе РНК тізбектері құрамындағы бірліктердің белоктарды кодтауға қабілеттілігін есептеу URL: http://star.mit.edu/ orf /index.html</p> <p>4. StarMolSim – молекулярлы динамика процесін модельдеуші құралдар сериясы. Бұл құралдардың әрқайсысының талдау және зерттеу жүргізу үшін маңызы зор. URL:http://star.mit.edu/molsim/index.html.</p> <p>5. StarBiogene – генетика бойынша құралдар жиынтығы.URL: http://star.mit.edu/biogene/index.html.</p> <p>6. StarHydro – гидрологиялық процестерді модельдеуге арналған бағдарламалық құрал. URL: http://star.mit.edu/hydro/index.html.</p> <p>7. StarCluster – кластерлерді құру мен басқаруға арналған құралдар жиынтығы. URL: http://star.mit.edu/cluster/index.html.</p>
VirtualLab	Жаратылыстану пәндері бойынша (биология, физика, химия, география, экология) білім алушыларға виртуалды зертханалық жұмыстарды дайындау бойынша жоба. Virtual Lab-тың танымдық құндылығы жоғары және қажетті құрал-жабдықтар жоқ болған жағдайда лабораториялық жұмыстарды жүргізуге көмектеседі. Жобаның сайты – Virtual Lab: http://www.virtual lab.net/
Wolfram Demonstration Project	Wolfram онлайн интеркативті лабораторияларын біріктіретін біртұтас платформа. Жоба каталогы білім және адамның іс-әрекетінің түрлі салаларына жататын негізгі 11 тараудан тұрады.
Late Nite Labs	Химия, биология және микробиология бойынша арқылы виртуалды зертханалық жұмыстар жиынтығын құрайды. Электронды адресі – https:// latenitelabs.com
ChemLab	Зертханалық жұмыстарды үлгілеуге арналған бағдарлама. Ресми сайты – http://modelsience.com

Қашықтан оқытуды дамытудың қажеттілігі, біріншіден қашықтан оқыту студенттер мен оқушыларға жаңа мүмкіндіктер ашады, себебі дәстүрлі оқытуда жұмыста болуына байланысты немесе т.б. себептерге байланысты сабаққа қатыса алмай қалу сияқты қиыншылықтар жиі кездеседі. Қашықтан оқитындардың құрамында физикалық мүмкіндіктері шектеулі адамдар (мүгедектер), оларды күтуші адамдар, яғни бірыңғай үйде отыратын адамдар, жасы ұлғайған адамдар, денсаулығына байланысты күндізгі оқу сабақтарына қатыса алмайтын адамдар, алыс аудандарда тұратын адамдар оқи алады. Екіншіден, жоғары арнайы оқу орындарында аз шығынмен неғұрлым көп адамдарды оқыта алады. Үшіншіден, адамдар тұрғылықты жерін ауыстыруына немесе өміріндегі әр түрлі өзгерістерге қарамастан білім алуды жалғастыра алады. [5] Осындай артықшылықтар көптеген оқу орындарында эксперимент түрінде болсада қашықтан оқытуды ендіруге мәжбүр етіп отыр. Бұл тенденция қоғамдағы білім алуға мүмкіндігі бар адамдар санын арттыруға мүмкіндік береді.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Н.Ә.Назарбаевтың Қазақстан халқына Жолдауы «Қазақстан жолы- 2050: Бір мақсат, бір мүдде, бір болашақ», 17.01.2014 ж.
2. Жүнісбек Ә. Жаңа технология негізі – сапалы білім. – //Қазақстан мектебі, №4, 2008
3. «Білім технологиялары» № 3, 2014 ж
4. Көшімбетова С. Инновациялық технологияны білім сапасын көтеруде пайдалану мүмкіндіктері. – А.: Білім, 2008.
5. Мұғалімге арналған нұсқаулық (екінші басылым) «Назарбаев Зияткерлік мектептері» ДББҰ Педагогикалық шеберлік орталығы, 2015ж.

АЛМАТЫ Қ. ҚДСБ ЖОҒАРЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КОЛЛЕДЖІНДЕ ИНКЛЮЗИВТІ БІЛІМ БЕРУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Султанбекова Крушида Ошыровна
Инклюзивті білім беру бойынша маман

Нургожа Айдана Нурлановна

Арнайы пәндер оқытушысы

*Алматы қ. ДСБ ШЖҚ КМК «Жоғары медициналық колледж»
Қазақстан Республикасы, Алматы қаласы*

Аннотация. *В статье рассматриваются преимущества инклюзивного образования для инвалидов по зрению; раскрываются особые образовательные потребности инвалидов по зрению; рассматриваются пути удовлетворения особых образовательных потребностей инвалидов по зрению в условиях инклюзивного образования.*

Annotation. *The article considers the advantages of inclusive education for the visually impaired; reveals the special educational needs of the visually impaired; considers ways to meet the special educational needs of the visually impaired in an inclusive education.*

Түйінді сөздер: инклюзивті білім беру, инклюзивті білім беру моделі, білім беру процесі, шектеулі денсаулық мүмкіндіктері, көру қабілеті нашар, арнайы жеке білім беру бағдарламасы.

Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә. Назарбаевтың "Қазақстан-2050" Стратегиясы: қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты" атты Қазақстан халқына Жолдауында білім беру жүйесін дамыту мемлекеттік саясаттың маңызды басымдықтарының бірі болып танылды. Білім беру саласындағы мемлекеттік саясаттың негізгі қағидаттарына әркімнің сапалы білім алу құқықтарының теңдігі және әрбір азаматтың зияткерлік дамуын, психофизиологиялық және жеке ерекшеліктерін ескере отырып, халық үшін барлық деңгейдегі білімнің қолжетімділігі жатады (ҚР «Білім туралы» Заңының 3-бабының 1,2-тармақтары). Республикада инклюзивті білім беруді дамыту

«Білім беруді дамытудың мемлекеттік бағдарламасында», «Мүгедектердің құқықтары туралы конвенцияны» орындау шеңберінде «Инклюзивті білім беруді дамыту жөніндегі ұлттық іс-қимыл жоспарында» көрініс тапты. Инклюзивті білім беру барлығына сапалы білімге қол жеткізу жағдайларын қалыптастыруға бағытталған білім беру жүйесін трансформациялау процестерінің бірі болып табылады. Өткен ғасырдың аяғынан бастап инклюзивті білім беруді дамыту әлемнің көптеген дамыған елдерінің: АҚШ, Ұлыбритания, Дания, Испания, Финляндия, Германия, Италия, Австралия және т. б. білім беру саясатының жетекші бағдарына айналды.

Инклюзивті білім беруді дамытудың тұжырымдамалық тәсілдері білім беру саласындағы әлемдік практиканың үрдістері мен жетістіктерін және қазақстандық білім беру жүйесін дамытудың басым міндеттерін ескере отырып, адам құқықтары саласындағы негіз қалаушы халықаралық құжаттарға сәйкес әзірленді. Қазақстанда мүмкіндігі шектеулі тұлғаларға қатысты инклюзивтік білім беру басым, бұл білім алушылардың басқа санаттарымен бірлесіп оқытуды және тең қолжетімділікті көздейді.

Қазіргі уақытта Қазақстанда инклюзивтік білім беру жүйесін құрудың белгілі бір модельдері қалыптастырылып, практикасы жинақталған. Бірқатар елдерде, ең алдымен Финляндияда инклюзивті білім беру мынадай қағидаттарға негізделеді: адамның құндылығы оның қабілеттері мен жетістіктеріне тәуелді емес, әрбір адам сезінуге және ойлауға қабілетті, қарым-қатынас жасауға, естуге құқылы, барлық адамдар бір-біріне мұқтаж, шынайы білім беру нақты қарым-қатынастар контексінде ғана жүзеге асырылуы мүмкін, барлығы қолдау мен достыққа мұқтаж. Инклюзивтік білім беру әр адамды белсенді инклюзиялау, дараландырылған тәсіл негізінде оқыту мен оқу ортасын жетілдіру және ерекше білім беру қажеттіліктері бар адамдарды оқыту процесі үшін кедергілерді жою арқылы айырмашылықтарды нивелициялауды білдіреді. Инклюзивті білім беру түбегейлі өзгерістерге және жалпы білім беру мақсаттарын қайта бағдарлауға ықпал ететін инновациялық процестердің "кристалдану нүктесіне" айналуға тиіс.

Бүгінгі күні техникалық және кәсіптік білім берудің (ТЖКБ) өзекті проблемасы оқыту мен тәрбиелеуге арнайы (ерекше) тәсілдерді қажет ететін денсаулық мүмкіндіктері шектеулі (ДМШ) студенттер санының өсуі болып табылады. Оқушы жастардағы мүгедектік өмірлік белсенділіктің айтарлықтай шектелуін тудырады, әлеуметтік бейімдеуге, қарым-қатынас қиындықтарына, оқуға және кәсіби дағдыларды игеруге ықпал етуі мүмкін, сонымен қатар тең емес мүмкіндіктердің әлеуметтік проблемасы болуы мүмкін. Бұл проблеманы шешуде ТЖКБ жүйесінің өзі маңызды рөл атқаруға тиіс, ол болашақ маманның жеке дамуы, оның жеке, кәсіби-еңбек және әлеуметтік маңызы бар қызметте белсенді, табысты бейімделуі мен өзін-өзі іске асыруын қамтамасыз ететін әлеуметтік құндылықтарын қалыптастыру үшін жағдай жасауға қабілетті.

Инклюзивтік білім беру идеологиясын негізге ала отырып, ШЖҚ КМК Алматы қ.ҚДСБ "Жоғары медициналық колледжі"-нде 2020-2021 оқу жылының қыркүйек айынан бастап нашар көретін және көзі көрмейтін оқушылар үшін

"Массажист" мамандығын алу үшін арнайы топ ашылды. Оқу орнында бейімделу және бағдарлау үшін инклюзивті білім беру бойынша маман бірлігі енгізілді. Сонымен қатар, бұл оқытушылармен психологтар, әлеуметтік педагог айналысады. Кедергісіз аймаққа барлық қажетті жағдайлар жасалған. Оқу процесіне жаңа формалар мен әдістер, инновациялық және денсаулықты сақтайтын технологиялар енгізілді, барлық жағдайлар жасалған: материалдық-техникалық базамен жабдықталған, демалыс бөлмесі бар дәрісханалармен, жеке санитарлық тораппен жабдықталған; принтерді оқитын әдебиеттер, компьютерлік тифлокешен, тифломагнитола, тактильді принтерлер, плеерлер, диктофондар, бедерлі муляждар, электрондық тасымалдағыштардағы дәрістер және т. б. сатып алынған.

Оқу-тәрбие жұмысын ұйымдастыру жүйесі әзірленді, оның негізіне колледж әкімшілігінің жауапкершілігі, педагог кадрлардың тәжірибесі алынды. Көру қабілеті нашар массаж терапевтері колледжді бітіргеннен кейін басқа массаж терапевтері сияқты ұйымдарда жұмыс істей алады. Жаңа оқуға қабылданған мүгедек студенттер үшін оқу жылының басына дейін оқу мен тұрудың жаңа жағдайларына бейімделу онкүндігі өткізіледі. Көзі нашар көретін мүгедек студенттермен әлеуметтік маңызы бар нысандарға (дәріхана, емхана, пошта, телеграф, сбербанк, дүкен, әлеуметтік қамсыздандыру бөлімі) дейінгі бағыттар пысықталуда. Көру қабілеті шектеулі студенттер үшін кедергісіз орта құру аясында колледжде мнемосхемалар құрылды, баспалдақтар мен есіктердің алдында рельефті (тактильді) жолақтар, шыны есіктерде "Абайлаңыз!", Брайль жүйесі бойынша кабинеттердің атаулары жазылған тақтайшалар, Брайль жүйесі бойынша сабақтар кестесі бар стенд.

Инклюзивті білім берудің тиімділігін бағалау индикаторлары:

* "Орта сапасы" - инклюзивті білім беру үшін барлық қажетті жағдайларды жасаған жалпы білім беру ұйымдарының олардың жалпы санынан үлесі білім берудің әртүрлі деңгейлері бөлінісінде жеке пайдаланылуы мүмкін. Бұл индикаторға кедергісіз орта сапасының көрсеткіштері, қол жеткізу инфрақұрылымы, Әлеуметтік және медициналық психологиялық-педагогикалық қолдау, білім беру бағдарламалары мен бағалау жүйесінің бейімделуі, тең қарым-қатынас атмосферасы кіреді.

* "Қамту сапасы" - білім берудің әртүрлі деңгейлері бөлінісінде ерекше білім берілуіне қажеттілігі бар адамдардың жалпы санынан және ерекше 21 білім берілуіне қажеттілігі бар адамдардың әртүрлі санаттары (мүмкіндіктері шектеулі адамдар, оралмандар, жетімдер және басқа да санаттар) бойынша Инклюзивті білім берумен қамтылған адамдардың үлесі.

* "Енгізу деңгейі" - ерекше білім беру қажеттіліктері бар адамдардың немесе олардың өкілетті өкілдерінің білім беру қызметтерін ұсыну сапасына қанағаттану дәрежесін және олардың жалпы білім беру ұйымдарындағы қажеттіліктерін есепке алу деңгейін өлшеу.

* "Жайлылық деңгейі" - бейімделгіш, жайлы білім беру кеңістігін құру, кемсітушілікке, қысым көрсетуге жол бермеу, білім беру процесіне қатысушылар арасындағы жанжалдардың алдын алу бойынша шараларды

қолданудың тиімділігі; жұртшылық пен ата-аналар комитеттері арасында мониторинг пен бағалау жүргізудің транспаренттілігін қамтамасыз ету.

Материалдық-техникалық қамтамасыз ету мыналарды көздейді:

- арнайы оқу-әдістемелік, техникалық көмекші компенсаторлық құралдармен қамтамасыз ету және қолжетімді "кедергісіз орта" құру есебінен инклюзивті білім беруді іске асыратын жалпы білім беретін мектептің материалдық-техникалық базасын нығайту тетіктерін пысықтау;

- білім беру ұйымдары мен жоғары оқу орындарын көмекші техникалық құралдармен (тифло -, сурдо - және т. б.) қамтамасыз етуге қойылатын талаптарды әзірлеу;

- бағдарламаларын игерудің тиімділігін арттыру және мүгедектерге арналған оқу кабинеттері мен аудиторияларда арнайы орындардың болуын тексереді.

Инклюзивті білім беру әлеуметтік әртүрлі топтарына жататын балалардың білім алуына қатысты дискриминациялық көзқарастарға қарсы тұрады, сондықтан кемсітушілікке қарсы халықаралық құқықтық актілерді жан-жақты орындаудың жалғыз мүмкін нормасы болып табылады.

Осыған байланысты инклюзивті білім берудің сегіз қағидатын еске түсірген орынды:

1. Адамның құндылығы оның қабілеттері мен жетістіктеріне байланысты емес.

2. Әр адам сезінуге және ойлауға қабілетті.

3. Әр адам қарым-қатынас жасауға және естуге құқылы.

4. Барлық адамдар бір-біріне мұқтаж.

5. Шынайы білім беру тек нақты қатынастар аясында жүзеге асырылуы мүмкін.

6. Барлық адамдар құрдастарының қолдауы мен достығына мұқтаж.

7. Барлық студенттер үшін прогреске қол жеткізу мүмкін емес нәрселерден гөрі олар жасай алатын нәрсе болуы мүмкін.

8. Әртүрлілік адам өмірінің барлық аспектілерін күшейтеді.

Инклюзивтік білім беру көптеген халықаралық құқықтық құжаттарда бекітілген даму мүмкіндіктері шектеулі адамдар үшін мүгедектікті және білім алу құқығын түсінудегі әлеуметтік тәсілді іске асырудың көрінісі болып табылады. Инклюзивті білім беру көп факторлы құбылыс болып табылады, оны жүзеге асыру бірқатар шарттарсыз мүмкін емес: тиісті нормативтік-құқықтық базаның болуы, білім беру ортасын бейімдеу, білім беру қоғамдастығының даму мүмкіндіктері шектеулі адамдарды қабылдауға дайындығы және тағы басқалар. Инклюзивті педагогика принциптерінің жүйесін анықтау және оларды мектепке дейінгі, мектеп, кәсіптік-техникалық білім беру ұйымдары мен жоғары оқу орындарының практикасына енгізу осы жағдайлар кешеніндегі негізгі және сондықтан да маңызды фактор болып табылады. Негізгі, жалпы әдістемелік және жеке-дара принциптерді есепке алу дәрежесі инклюзивті білім беру жүйесін басқарудың әртүрлі деңгейлерінде сараланғанына қарамастан, оларды түсіну аталған жүйенің әрбір қатысушысына қажет. Даму мүмкіндіктері шектеулі адамдарға инклюзивті білім берудің жиынтықта қарастырылған негізін қалаушы қағидаттары мен құндылықтары; Қазақстан Республикасының

инклюзивті білім беру саласындағы мемлекеттік саясатының қағидаттары; инклюзивті педагогиканың негізгі, жалпы әдістемелік және жеке-дара принциптері инклюзивті білім беру жүйесі туралы тұтас түсінікті қалыптастырып қана қоймай, сонымен қатар инклюзивті топтағы сабақта ғылыми негізделген педагогикалық іс-әрекеттің реттеуші құралы болып табылады. Олар бар байланыстарды, жағдайларды, әрекеттер мен нәтижелерді көрсету негізінде мұғалімнің нақты міндеттерге қол жеткізуі үшін белгілі бір іс-қимыл әдісін білдіреді. Аталған жалпы және нақты қағидаттар инклюзивті білім беру жағдайында студенттерді оқыту мен тәрбиелеудің негізгі міндеттерін шешуді қамтамасыз ететін тұтас білім беру ортасын да, жергілікті кедергісіз, бейімделгіш ортаны да жобалау мен модельдеудің негізгі бағдарлары ретінде әрекет етеді.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Разработка принципов инклюзивной педагогики и системы внедрения в практику организаций образования - Методические рекомендации - Министерство образования и науки Республики Казахстан Национальная академия образования им. И. Алтынсарина – Астана, 2015 год.
2. Концептуальные подходы к развитию инклюзивного образования в республике Казахстан - Министерство образования и науки Республики Казахстан Национальная академия образования им. И. Алтынсарина – Астана, 2015 год.
3. Кулагина Е.В. Образование детей с ограниченными возможностями здоровья. Опыт коррекционных и интеграционных школ Е. В. Кулагина
4. Статья «Инклюзивное образование в Республике Казахстан» авторы: Могунова Т.С., Сбитнева А.Н
5. Статья «Формы и методы проведения учебных занятий в инклюзивных классах» Топоркова Н. М.
6. «О начале 2014-2015 учебного года в специальных организациях образования и организациях образования, реализующих инклюзивное образование» / Инструктивно-методическое письмо. – Астана: Национальная академия образования им. И. Алтынсарина, 2014. – 19 с.

«ГЛОССАРИЙ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ МЕТОДОЛОГИИ БАЗОВОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Ветлугина С.Н.,

преподаватель специальных дисциплин

КГП на ПХВ «Высший медицинский колледж» УЗ г.Алматы

Аннотация. Мақалада глоссарийдің оқудағы кедергілерді жеңудегі құрал ретіндегі рөлі, сондай-ақ глоссарийдің мәтіндегі түсініксіз сөздерді нақтылау арқылы оқушының материалды тиімді игеру қабілетіне әсері қарастырылады. Туралы мәселе қаралады, ның арасында қандай айырмашылық түсіністікпен және жады оқу процесі кезінде. Оқу процесі кезінде түсіну мен есте сақтау арасындағы айырмашылық мәселесі қарастырылады.

Annotation. The article examines the role of the glossary as a tool in overcoming obstacles in learning, as well as the influence of the glossary on the ability to more effectively assimilate the material by the student by finding out incomprehensible words in the text. The question of the difference between understanding and memorizing during the educational process is considered.

Ключевые слова: глоссарий, препятствие, непонятное слово, фармация.

Ваши будущие успехи зависят от вашей способности чему-то научиться. Неважно, учитель ли вы в университете или уже начали работать, вам нужно уметь применять свои знания на практике, и тогда вы сможете заниматься в жизни тем, чем захотите.

Случалось ли с вами когда-нибудь, что вы прочитали страницу и не получили ни малейшего представления о том, о чем только что читали? И даже если вы ее перечитывали вновь, то в голове все равно ничего не осталось. Если это так, то это значит, что вы столкнулись с одним из препятствий в учебе. Итак, что это за препятствие? Это препятствие называется – Непонятное слово в тексте.

Единственная причина, по которой человек бросает учёбу, или запутывается, или не способен учиться — это то, что он пропустил слово, которое не понял.

Замешательство или неспособность усвоить, или выучить возникает ПОСЛЕ того, как человек встретил слово, которому он не нашёл определения и которое не понял.

Между запоминанием и пониманием большая разница. Если приходится повторять через день, неделю, месяц, то это уже зубрежка. Одно непонятное слово приводит к пустоте в голове. Устранение непонятных слов в тексте, то есть выяснить значение этого слова повышает способность учиться и усваивать информацию значительно возрастает. Самое первое непонятное слово в каком-либо предмете – ключ к последующим непонятным словам в этом предмете.

Незнание значений этих простых слов может заблокировать понимание предмета. Их надо посмотреть в словаре если они не совсем понятны, сколь простыми бы они вам не казались. Часто слышим фразу от студента: «Я понимаю, но сказать не могу» Это обозначает лишь то, что студент не усвоил материал.

Итак, моя методика обучения студентов состоит в важности составления глоссария в начале изучаемой темы. Суть в том, что если материал для студента

кажется запутанным и его никак не дается понять, то в тексте он обнаружил непонятное слово. Приведу один из своих примеров. На мой вопрос студентам, что значит слово «Фармация», в колледже ответили, что понимают, а сказать не могут. Вот определение этого слова:

Фармация — комплекс научно-практических дисциплин, изучающих проблемы создания, безопасности, исследования, хранения, изготовления, отпуска и маркетинга лекарственных средств, а также поиска природных источников лекарственных субстанций. [1]

Составили глоссарий и проработали:

1. Научно-практическая дисциплина – это система знаний, с точки зрения теорий, эмпирических исследований и практических приложений.
2. Проблема – сложный теоретический или практический вопрос, требующий изучения, разрешения;
3. Безопасность ЛС – характеристика лекарственных средств, основанная на сравнительном анализе их эффективности и оценки риска причинения вреда здоровью;
4. Эффективность лекарственных средств – характеристика степени положительного влияния лекарственных средств на течение болезни.
5. Фармацевтическая субстанция – лекарственное средство, которое предназначен для производства, изготовления лекарственных препаратов и определяет их эффективность.
6. Эмпирические исследования – наблюдение и исследование конкретных явлений, эксперимент, также обобщение, классификация и описание результатов исследования эксперимента, внедрение их в практическую деятельность человека. [2]

Возьмем еще один пример термина из дисциплины «Основы фармакологии» слово *антогонисты*.

Антогонисты-лекарственные вещества, которые обладают аффинитетом, не дают действовать другим агонистам и не обладают внутренней активностью.

Составили глоссарий и проработали:

1. Аффинитет-средство вещества к рецептору, приводящее к образованию комплекса «вещество-рецептор».
2. Внутренняя активность-способность вещества при взаимодействии с рецептором стимулировать его и вызывать тот или иной фармакологический эффект.
3. Агонисты-лекарственные вещества, обладающие аффинитетом и внутренней активностью.

А теперь возьмем предложение из литературы: *«Наше внимание привлекли ропаки на Капчагае, ослепительно сверкавшие в лучах восходящего солнца»*. Смотрите, что получается: вам кажется неясным всё предложение, тогда как на самом деле ваше непонимание произошло исключительно от одного слова, которое вы непоняли: *«ропак»*, что значит *«льдина, стоящая ребром»*.

Эта информация о том, что нельзя пропускать непонятые слова, является наиболее важной во всём обучении. Каждый предмет, который вы начали изучать и бросили, содержал слова, значения которых вы не знали.

Признаки студента, по которым видно, что он не понимает:

- ему становится скучно рисунок добавить;
- он злится;
- ощущение пустоты в голове или чувство усталости;

Это все набор физических реакций, когда человек пропускает слова, значение которых он не понимает.

Вывод.

Составление глоссария – это очень простая технология. Фантастическое открытие в сфере образования, и оно имеет широкое применение. Это открытие о влиянии, которое оказывает непонятное слово, действительно открывает двери к образованию. И это самое значительное препятствие в обучении. Я применяю эту технологию составления глоссария вначале изучаемой темы, даю свой глоссарий и даю задание на составление глоссария как домашнее задание студенту, чтоб сам проработал по теме для лучшего усвоения материала. Мои результаты наблюдения на занятиях:

- студент повышает свою концентрацию внимания;
- повышает свои способности учиться;
- учится с удовольствием;
- он учит, а не зазубривает предмет, что дает ему возможность применить в жизни то, что он изучит с пониманием, а не на оценку в день экзамена.

Набор физических реакций, когда я вижу, что студент понимает в конце урока:

- улыбка на лице от того, что он понимает материал;
- отличное настроение после урока;
- задаются грамотные заинтересованные вопросы по теме;
- благодарность за прочитанную лекцию;

Итак, регулярное составление глоссария облегчает понимание материала особенно для студентов, для которых изучение предмета на языке, не являющегося для него родным.

Литература:

1. Пичхадзе Г.М., Кадырова Д.М., И.И. Ким, Карбаева М.С. Фармакология// Под редакцией Г.М. Пичхадзе //Москва-Издательство «Литтера»,2016 г.
2. Беликов В.Г. Фармацевтическая химия. М. 2007г.

интернет-ресурсы

1. <https://ru.wikipedia.org/wiki/Фармация>
2. <https://ru.wikipedia.org>
3. <https://www.nemaloknig.net/read>

Халелова Акмарал Ергеновна,

*Медицина ғылымдарының магистрі, арнайы пән оқытушысы
Алматы қаласы Денсаулық сақтау Басқармасы
ШЖҚ КМК «Жоғары медицина колледжі»*

**Мейіргер ісі - бұл "ұйымдастыруды, практикалық және ғылыми дайындықты" қажет ететін өнер
Флоренс Найтингейл**

Аннотация. *Сестрам необходимо заниматься исследованиями в улучшении качества ухода, в оказании доказательной помощи. Существуют различные подходы к классификации исследований в сестринском деле. Медицинский работник, выступающий потребителем результатов сестринского дела, может легко определить вид исследования, его практическую значимость и возможность применения полученных результатов на практике.*

Annotation. *Nurses need to do research to improve the quality of care, to provide evidence-based care. There are different approaches to classifying research in nursing. A medical professional who is a consumer of the results of nursing can easily determine the type of research, its practical significance and the possibility of applying the results in practice.*

Кілттік сөздер: мейіргер ісі, мейігерлік зерттеу, зерттеу түрлері.

Мейіргерлік зерттеулер – мейіргер ісі бойынша сұрақтарға жауап беру және проблемаларды шешу, білім беру және денсаулық сақтау жүйесіндегі мейіргер практикасы туралы жаңа білім іздеу мақсатында ақпарат жинаудың жүйелі тәсілі.

Мейірбике ісі практиканың ғылыми негізделген саласы ретінде Флоренс Найтингейлден бастап бүгінгі күнге дейін дамып келеді.

Мейіргер ісінің ғылыми зерттеушілері әртүрлі мәселелерді қарастырады:

- Пациенттерді күтудің клиникалық практикасы
- Мейіргерлерді оқыту және даярлау
- Мейіргер ісі бойынша ортақ шешімдер
- Мейіргерлерді басқару және басқару саласындағы лидерлік сапа.

Ғылыми зерттеулерге сәйкес мейіргердің төрт негізгі міндеттері бар:

- ❖ денсаулықты нығайту
- ❖ аурулардың алдын алу
- ❖ денсаулықты қалпына келтіру, оңалту
- ❖ қайғы-қасіретін жеңілдету

Мейіргерлік зерттеулер негізінен екі түрге бөлінеді:

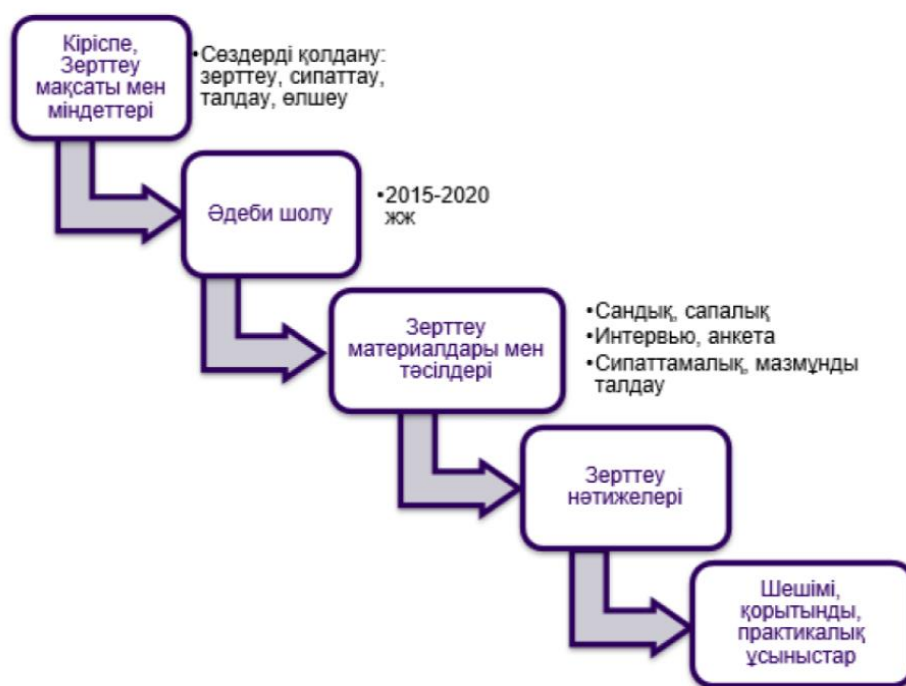
Сандық зерттеу- логикалық позитивизмдегі парадигмаға негізделген және статистикалық мәліметтерді қолдана отырып өлшенетін нәтижелерге бағытталған. Зерттеудің басым әдісірандомизацияланған бақыланатын зерттеу.

Сапалық зерттеу- феноменологияның парадигмасынанегізделген, этнографияға және басқаларға негізделген және мейіргерлік күтімді алатын

немесе жасайтын адамдардың тәжірибесін зерттейді, атап айтқанда оның адам үшін маңызы. Жиі қолданылатын зерттеу әдістері: сұхбат, кейстер, фокус-топтар.

Тақырып өзекті болуы керек, ғылыми жаңалығы, практикалық маңызы және қолданылуы керек.

Мейіргердің рөлі, жұмыс орнындағы мейіргердің жеке денсаулығы, үздіксіз білім беру қажеттіліктері, білімі мен құзыреттілігі арасындағы байланыс, қауіпсіз және салауатты қоршаған ортаны, еңбек және қызмет жағдайларын дамыту, персоналдың жүктемесін белгілеу, мейіргерлік құжаттаманы жетілдіру сынды бағыттар тақырыпқа негіз бола алады.



Графикалық құрылым -1. Зерттеу жұмысының негізгі құрылымдық элементтері

Мейіргерлік зерттеулер жеке адамдардың, олардың топтарының, отбасылар мен қоғамның (оның ең осал топтарының) мейіргерлік, медициналық және әлеуметтік қажеттіліктерін қанағаттандыру және одан әрі адами тәжірибе мен дүниетанымды қабылдау және оған мән беру, пациенттердің денсаулығына мейіргердің үлесін қосу, пациенттермен этикалық мінез-құлықты ынталандыру, мейіргерлердің еңбек жағдайлары мен жұмыс ортасының сапасын жақсаруына ықпал етеді

Қолданылған әдебиеттер

1. МЖБС 2017-2019ж. «Руководство для высших медицинских колледжей в вопросах реализации программы прикладного бакалавриата», Нур-Султан, 2019 г.
2. Hamer S. & Collinson G. (2002). Achieving Evidence-Based Practice. Ballière Tindall.
3. Parahoo K. (2007). Nursing Research: Principles, Process and Issues. Macmillan.

CLINICAL DECISION MAKING IN NURSING BASED ON LITERATURE REVIEW

Zhansaya Korgasbekova

Master Degree, Special subject teacher

"High Medical College" Public Health Department of Almaty,

Almaty, Republic of Kazakhstan

Аннотация. Бұл зерттеудің мақсаты-мейіргерлердің клиникалық шешімдерін қабылдау қабілетін зерттеу және мейіргерлер мейіргер ісінде қандай шешімдер қабылдайтынын анықтау. Мақалада мейіргерлердің клиникалық шешім қабылдау қабілеті туралы сұрақтар қарастырылған. Бұл мәселе бойынша CINAHL деректер базасының көмегімен халықаралық әдеби шолу жүргізілді. Қазақстанда мейіргерлердің клиникалық шешімдер қабылдауы Қазақстандағы мейіргерлер үшін зерттелмеген тақырып болып табылады, сондықтан бұл тақырып өзекті. Әдеби шолудың нәтижелері мейіргерлердің пациенттерге күтім жасау нәтижелерін жақсарту үшін шешім қабылдауы маңызды екенін көрсетті. Бұл шолуда мейіргерлердің шешім қабылдау процесіне әсер ететін көптеген күрделі факторлар анықталды. Мейіргер ісі саласында клиникалық шешім қабылдау ең жақсы нәтижеге қол жеткізу үшін зерттеулерге, білім беруге және практикаға көп қырлы көзқарасты қажет ететіні анықталды.

Аннотация. Цель этого исследования - изучить способность принимать клинические решения медсестер и определить, какие решения медсестры принимают в сестринском деле. В статье рассматриваются вопросы о способности принимать клинические решения медсестер на практике. По данному вопросу проведен международный литературный обзор с помощью базы данных CINAHL. Принятие клинических решений медсестрами в Казахстане является неизученной темой для медсестер в Казахстане, поэтому данная тема является актуальной. Результаты литературного обзора показали, что принятие решений медсестрами имеет важное значение для улучшения результатов ухода за пациентами. Этот обзор выявил многочисленные сложные факторы, влияющие на процесс принятия решений медсестрами. Принятие решений в области клинического сестринского дела требует многогранного подхода к исследованиям, образованию и практике для обеспечения наилучших результатов.

1. The purpose of this research is to explore clinical decision-making ability and to identify what decisions nurses make in nursing.

Decision-making research has emerged from various fields. Nursing science has built on this early research in decision-making to facilitate understanding and inform nursing education and practice to enhance patient care. A background in the evolution of decision-making research provides an understanding of factors important to decision-making and can inform future nursing research, practice and education.

According to Bakalis and Watson, (2005), clinical decision-making contains theoretical, informational data with appropriate information and abilities for making clinical judgments and taking measures to provide the patient with quality medical support (care).

2. Relevance to Kazakhstani nursing practice/nursing science/nursing research.

According to Heikkila, Tiittanen and Katja (2018), to reform the nursing service in the Republic of Kazakhstan, it is necessary to implement four stages. Stage 4 plans for further development in the future, in order to achieve the development of the nursing system in the Republic of Kazakhstan, nurses must be responsible for the exercise of their professional competencies. They must convince the multidisciplinary care team of their competence and skills, as well as their clinical decision-making skills.

Clinical decision - making by nurses in Kazakhstan is an unexplored topic for nurses in Kazakhstan. The study of this topic from the point of view of nurses in intensive care and surgical departments has an important role because the study of this topic began in other countries exactly in intensive care and surgery departments (Salanterä, Callister, Harrisson, Kdppeli, MacLeodRN 1998) such as Canada, Finland, Northern Ireland, Switzerland, and the United States.

In addition, Keshk et al. (2018) refers to Phillips (2015) that stated clinical decision-making (CDM) included critical thinking, problem-solving skills, dissemination of information, evaluation of examination, application of correct knowledge, care and clinical decision-making, and care for choosing the best course of achievement that minimizes damage and stabilizes the patient's health. According to Benner, Hughes, & Sutphen, (2008), clinical decision-making contains theoretical, informational data with appropriate information and abilities for making clinical judgments and taking measures to provide the patient with quality medical support (care). Dorgham and Al-Mahmoud (2013), stressed that clinical decision-making is a crucial component of professional nursing care and the ability of nurses to make successful clinical decisions is a more fundamental issue that influences the quality assurance of care.

Based on a concept analysis of decision-making in nursing, Johansen and O'Brien (2016) likewise define that decision-making in the nurse practice environment is an integrated process and essential to the nursing. In addition, decision making in the nurse practice surrounding is a proactive conceptual trial that might influence patient results. (Johansen and O'Brien 2016.) In addition, Krupp, Ehlenbach and King (2019) refers to Lipshitz, Klein, Orasanu, & Salas (2001), Tanner (2006), Thompson, Aitken, Doran & Dowding (2013) defined that decision-making is a process in which a person perceives a decision take an action or decide on outcome after evaluating a candidate. The naturalistic method concentrates on how people make decisions in the true world surroundings. (Krupp et al. 2019.)

Although, patient care decision-making is very close to the concept of clinical judgment, the decision-making process is interlinked with reasoning. This concept highlights special people capacity for reasoning, it is central to deliberate statements

of medical expertise; and to the path of critical thinking in manual practice. Clinical decision-making is synonymous with clinical judgment (Manetti 2019.) However, Koharchik et al. (2015) define clinical arguments as utilizing formal and informal nursing and some associated expertise to experience in practice for the goal of analyzing and understanding exactly as probable patients' state. Nursing decision-making includes judgements nurses make concerning treatment of the person they care for, in other words their selection of one effective course over another.

According to Tiffen, Corbridge and Slimmer (2014) “Clinical decision making” is a contextual, uninterrupted and developing process wherever information is collected, interpreted, and appreciated to choose an evidence-based selection of effect. An ongoing scope to clinical decision making particularly for nurse practitioners is likewise offered. Possessing a precise and distinctive insight of clinical decision making allow for include utilize of the term, that is important given the shifting educational demands for nurse practitioners and widening area of practice.

Patient care and control processes require decision-making. Nurses should be able to utilize manufacturing ability to ensure secure and efficient nursing care. The proactive essence of health care surroundings needs nurses to be qualified decision-makers to react to patients' health care needs. Dedication, oversight and response, independence, and pretty communication were revealed as easier elements of clinical decision-making practice. On the other hand, impoverished assets management, patient-nurse relation, pattern and culture of the medical care, lack of uninterrupted vocational growth poor stage certainty and low stage of knowledge on fundamentals of nursing occupational are revealed as elements braking clinical decision-making practice in nurses. (Gizaw, Kidane, Negese, Negassa 2018)

Maharmeh, Alasad, Salami, Saleh and Darawad, (2016), stressed that clinical decision-making is a crucial component of professional nursing care and the ability of nurses to make successful clinical decisions is a more fundamental issue that influences the quality assurance of care.

Gladstone (2012) showed that efficient clinical decision-making demands the nurse to make more than just have knowledge. More likely, it involves active purchases of new expertise appropriate to the particular patient and situation, along with pensive choice and utilization of current knowledge. In this framework, the busy betrothal of the nurse in knowledge purchase and use is mapped in the utilization of knowing quite than expertise. Understanding the profession reflects inclusion of expertise of the scope and standards of nursing practice, inclusive competencies, skills, and roles of nurses, into clinical decision-making. Certain by country (state) law and domestic and provincial (state) nursing normative bodies this knowledge determines the scope of nurses' clinical decision-making.

Early decision-making research focusing on nurses identified that when presented with uncertainty, nurses demonstrated cautiousness in their interpretation of patient status (Dorgham and Al-Mahmoud 2013). Building on previous decision-making literature, nurse decision-making research in the clinical environment includes data collection, interpretation of collected data, planning associated with

nursing intervention implementation, and evaluation of the results (Bakalis and Watson, 2005).

Clinical judgment or decision-making, includes conclusions about a patient's status and needs with a determination of a method to implement to best meet patient needs including an assessment of the patient response (Tanner, 2006).

Analytic and intuitive processes have been described in nursing literature. Analytic nurse decision-making requires the decision-maker to combine patient cues to form a logical determination of intervention to address patient need (Dorgham and Al-Mahmoud 2013).

Intuitive nurse decision-making is based on experience and includes recognition of similarities between patient care situations, awareness developed over time, and a process that may appear to be without rationale (Bakalis and Watson, 2005). Expert nurses use intuition in their decision-making. Pattern recognition facilitates expert identification of clinical situations allowing for confidence in the decision-making process. Literature review indicates that nurses find intuition valuable to their nursing practice and that it should be combined with evidence for best patient care (Dorgham and Al-Mahmoud 2013).

However, use of intuition varies among nurses. Nurses with more experience prefer using intuition in their practice. Intuition provided a confidence in nursing skills, employs new nursing practice methods, as well as a feeling of connection with patients. In contrast, inexperienced nurses employ an analytic approach when decision-making. Research indicates that experienced nurses make better decisions, especially with more complicated patient care decisions, than inexperienced nurses (Gladstone 2012).

The benefits of experience in decision-making are clear. Improved understanding of how experienced nurse decision-making occurs is warranted in an effort to better support decision-making for all levels of experience.

Acute care nurses employ a variety of decision-making factors and processes. Informally identify experienced nurses to be important resources for decision-making. Incorporation of evidence into acute care nursing practice continues to be a struggle for acute care nurses. This review indicates that Naturalistic Decision Making may be applicable to decision-making nursing research.

Philosophically, nursing research has historically focused on analytic classical decision-making processes (Keshk et al. 2018). Classical decision-making includes a rational approach through a formal selection of an ideal option following an evaluation of a complete list of options.

Further research found that experienced decision-makers do not use this classical approach to decision-making in real-world decision-making circumstances (Krupp et al. 2019.) Instead, experienced decision makers pattern match based on previous experience and intervene without conscious awareness of having made a decision. This led to the development of Naturalistic Decision Making (NDM) (Rahajeng and Muslimah 2019).

Patient care and control processes require decision-making. Nurses should be able to utilize manufacturing ability to ensure secure and efficient nursing care. The

proactive essence of health care surroundings needs nurses to be qualified decision-makers to react to patients' health care needs. Dedication, oversight and response, independence, and pretty communication were revealed as easier elements of clinical decision-making practice. On the other hand; impoverished assets management, patient-nurse relation, pattern and culture of the medical care, lack of uninterrupted vocational growth poor stage certainty and low stage of knowledge on fundamentals of nursing occupational are revealed as elements braking clinical decision-making practice in nurses. (Gizaw, Kidane, Negese, Negassa 2018)

Gillespie and Paterson (2009) showed that efficient clinical decision-making demands the nurse to make more than just have knowledge. More likely, it involves active purchases of new expertise appropriate to the particular patient and situation, along with pensive choice and utilization of current knowledge. In this framework, the busy betrothal of the nurse in knowledge purchase and use is mapped in the utilization of knowing quite than expertise. Understanding the profession reflects inclusion of expertise of the scope and standards of nursing practice, inclusive competencies, skills, and roles of nurses, into clinical decision-making. Certain by country (state) law and domestic and provincial (state) nursing normative bodies this knowledge determines the scope of nurses' clinical decision-making.

Moreover, the expression 'Clinical Decision Making' is synonymous with terms such as 'Critical Thinking', 'Problem Solving' and 'Clinical Judgement' meaning that it is a cognitive trial related with problem detection through the definition of cues and clinical characteristics data collection, integration, analysis, assessment and selection to make an aware decision (Gladstone 2012). Besides, clinical decision-making includes many concepts, shifting from mind functions to each an action executed or a decision not to deed. According to **Figure 1**, clinical decision-making may be the late outcome of the three regulations, to ensure informed cognitive pathway for the correct clinical case decisions. (Phillips B. 2015)

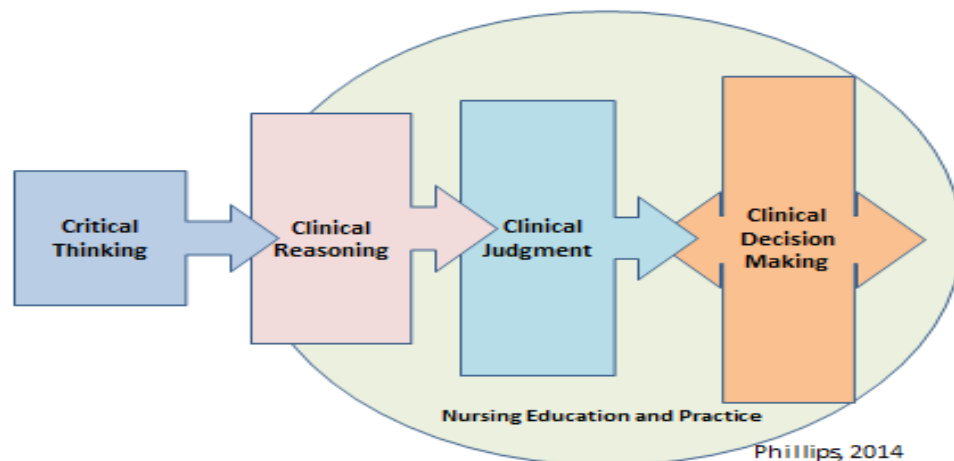


Figure 1. Connection between CT, CR, CJ, and CDM (Phillips 2014)

3. Conclusion.

Ideal nurse decision-making is essential to enhanced patient care outcomes. This review identified numerous complex influences in the nurse decision-making process. Decision-making in clinical nursing requires a multifaceted approach to

research, education, and practice to ensure best outcomes. Use of a conceptual framework, such as NDM, to guide understanding of acute care nurse decision-making may provide new information for nursing education, nursing and nursing science.

References

1. Arzani, A., Lotfi, M., & Abedi, A.R. 2016. Experiences and Clinical Decision-making of Operating Room Nurses Based on Benner's Theory. *J Babol Univ Med Sci*, 18 (4), 35-40.
2. Bakalis, N. & Watson, R. 2005. Nurses' decision-making in clinical practice. *Nursing Standard*, 19(23), 33–39.
3. Benner, P., Hughes, R.G., & Sutphen, M. 2008. Clinical reasoning, decision-making, and action: Thinking critically and clinically. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*.
4. Bjork, I, T., & Hamilton, G. A. 2011. Clinical decision making of nurses working in hospital settings. *Nursing Research and Practice*.
5. Bull, R., Fitzgerald, M. 2006. Nursing in a technological environment: nursing care in the operating room. *International Journal of Nursing Practice*,12(1), 3-7.
6. Comprehensive plan for the development of nursing in the Republic of Kazakhstan until 2019. [in Russian], utv. Ministrom zdravoohranenija Respubliki Kazahstan 6 dekabryia 2016 goda.
7. Dorgham, S., & Al. Mahmoud S. 2013. Leadership Styles and Clinical Decision Making Autonomy among Critical Care Nurses: A Comparative Study. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 1 (4), 71-83.
8. Gladstone, N. 2012. Comparative Theories in Clinical Decision Making and their Application to Practice: a Reflective Case Study. *British Journal of Anaesthetic & Recovery Nursing*, 13(3-4), 65–71. doi:10.1017/S1742645612000435
9. Gran, A., Williams, M., & Koen, M. 2016. Professional nurses' understanding of clinical judgement: A contextual inquiry. *Health SA Gesondheid*, 280-293.
10. Gillespie, M.& Paterson, B. 2009.Helping Novice Nurses Make Effective Clinical Decisions: The Situated Clinical Decision-Making Framework. *Nursing Education perspective*, 164-169.
 - Helping Novice Nurses
 - Make Effective Clinical Decisions:
 - The Situated Clinical Decision-Making Framework
 - Helping Novice Nurses
 - Make Effective Clinical Decisions:
 - The Situated Clinical Decision-Making Framework
 - Gizaw, A. B, Kidane, B.B, Negese, D.T, & Negassa, E.H. 2018. Factors Affecting Clinical Decision-Making Practice among Nurses Working in Jimma University Medical Center. Jimma Southwest Ethiopia. *Annals of Nursing Practice*, 5(2), 1094.
 - Heikkila, J., Tiittanen, H., & Katja, V. 2018. Stages of reforming the nursing Service in the Republic of Kazakhstan. Plans And Prospects. *J Health Dev*, 2(27).

- Johansen, M. L., & O'Brien, J. L. 2016. Decision Making in Nursing Practice: A Concept Analysis. *Nursing forum an independent voice*, 51 (1), 40-48. <https://doi.org/10.1111/nuf.12119>
- Tiffen, J., Corbridge, S.J. & Slimmer. 2014. Enhancing Clinical Decision Making: Development of a Contiguous Definition and Conceptual Framework. *Journal Professional of Nurse*, 30 (5), 399-405. DOI: [10.1016/j.profnurs.2014.01.006](https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2014.01.006)
- Gladstone, N. 2012. Comparative Theories in Clinical Decision Making and their Application to Practice: a Reflective Case Study. *British Journal of Anaesthetic & Recovery Nursing*, 13(3-4), 65–71. doi:10.1017/S1742645612000435
- Keshk, L. I., Qalawa, Sh. A. & Aly, A.A. 2018. Clinical Decision-making Experience of the Critical Care Nurses' and Its Effect on Their Job Satisfaction: Opportunities of Good Performance. *American Journal of Nursing Research*. 6(4), 147-157. DOI: 10.12691/ajnr-6-4-2.

- Krupp, A. Ehlenbach, W., & King, B. 2019. Factors nurses in the intensive care unit consider when making decisions about patient mobility. *American journal of critical care*, 28 (4), 281-289.
- Heikkila, J., Tiittanen, H., & Katja, V. 2018. Stages of reforming the nursing Service in the Republic of Kazakhstan. *Plans And Prospects. J Health Dev*, 2(27).
- Lauri S, Salanterä S. 1998. Decision-making models in different fields of nursing. *Research in Nursing and Health*, 21(5), 443–452.
- Maharmeh, M. , Alasad, J. , Salami, I. , Saleh, Z. & Darawad, M. 2016. Clinical Decision-Making among Critical Care Nurses: A Qualitative Study. *Health*, 8, 1807-1819. doi: 10.4236/health.2016.815173.
- Tanner, C. A. 2006. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211.
- Dorgham, S., & Al. Mahmoud S. 2013. Leadership Styles and Clinical Decision Making Autonomy among Critical Care Nurses: A Comparative Study. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 1 (4), 71-83.
- Rahajeng, I. M., Muslimah, F. 2019. The Application of Clinical Judgment and Decision Making of Critical Care Nurses in Intensive Care Units (ICUs). *International Journal of Nursing and Health Services*

**«ЖАЛПЫГУМАНИТАРЛЫҚ ПӘНДЕР» ЦӘК ОРТА БУЫНДЫ
МЕДИЦИНА МАМАНДАРЫН ДАЙЫНДАУҒА ҚОСҚАН ҮЛЕСІ**

Далибаева Ақмөр Нүсіпбекқызы
№1 «Жалпыгуманитарлық пәндер» ЦӘК төрайымы
Алматы қ. ДСБ ШЖҚ КМК «Жоғары медициналық колледж»
Қазақстан Республикасы, Алматы қаласы

Тәуелсіздігіміздің 30 жылдығымен қатар келген жоғары медицина колледжінің мерей тойына *«Жалпыгуманитарлық пәндер» ЦӘК жауапкершілігі мол, еліне деген сүйіспеншілігін еңбегімен адал қызмет атқаратын маман иесін дайындауға қосқан үлесін үлкен мақтанышпен айтуға болады. Ел ертеңі білімді, білікті, бәсекеге қарсы тұратын жастарымыздың бойындағы ізгі қасиеттерді қалыптастырып, өмірге деген көзқарастарын жаңаша ойлауға жол ашқан ұстаз еңбегі орасан зор.*

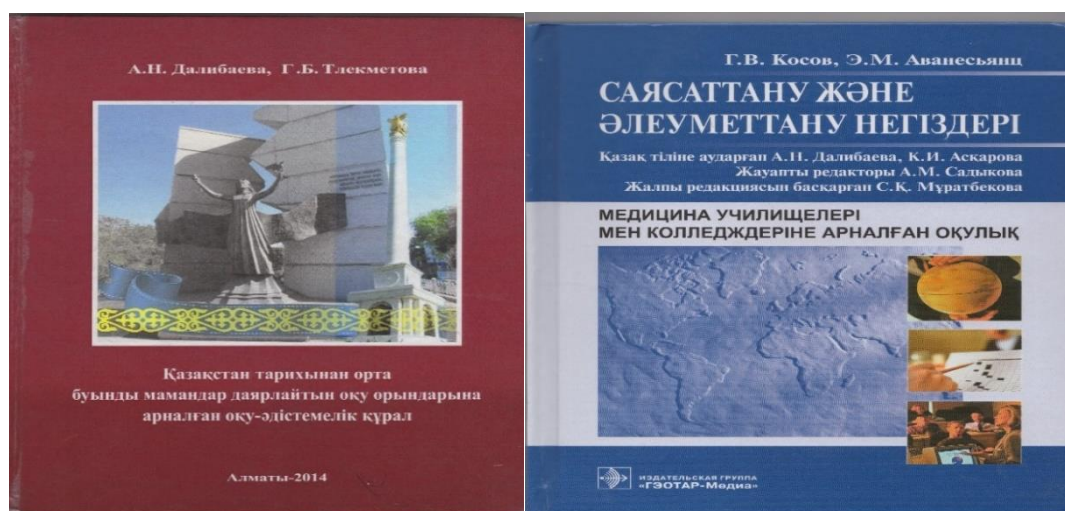
«Әлеуметтік- гуманитарлық және экономикалық пәндер» циклдік әдістемелік комиссиясы 1992 ж. құрылған. ЦӘК –ның негізгі мақсаты болашақ мамандардың дүниетаным негіздерін қалыптастырып, адамгершілік тұрғысынан өз көзқарастарында қалуы мен өз бетінше шешім қабылдауын дамыту.

ЦӘК оқытушыларымен ғылыми- зерттеу жұмыстары белсене жүргізілді. Зерттеу қорытындысы бойынша республикалық баспасөз беттерінде мақалалар жарияланды. Комиссия оқытушылары қазіргі замандағы өзекті мәселелер жөнінде бірнеше студенттердің ғылыми- ізденіс конференцияларын өткізді. ЦӘК ұжымының жұмысында студенттерге патриоттық, интернационалдық, адамгершілік, эстетикалық тәрбие беру маңызды орын алады.

«Жалпы білім беретін пәндер» циклдік әдістемелік комиссиясы Алматы медициналық колледжінің 2009 жылғы 4 қыркүйегіндегі № 06-02-03 бұйрығымен құрылды.

Циклдік комиссия жаңа оқу жылында мемлекеттік стандартқа сай оқу жылына барлық пәндер бойынша жұмыс оқу бағдарламаларын, күнтізбелік- тақырыптық жоспарлар, жетекшілік ететін топтарына тәрбие жұмыстарының жоспарын жасап отырады.

2014-2015жж. Қазақстан тарихынан орта буынды мамандар даярлайтын оқу орындарына арналған тарих пәнінің оқытушылары А.Н.Далибаева, Г.Б.Тлекметова дайынаған оқу- әдістемелік құрал және Саясаттану және Әлеуметтану негіздері пәнінен К.И.Асқарова, А.Н.Далибаеваның аударма оқулығы шықты.



2018 жылдан бері кафедра «Жалпы гуманитарлық пәндер» циклдік әдістемелік комиссиясы болып өзгерді. ЦӘК инновациялық технологияны меңгеруді, оқу үрдісін жетілдіру мақсатында оқытудың техникалық құралдарын пайдалануды дамыта түсті.

ЦӘК ішінде студенттерге арналған сабақтан тыс үйірме жұмыстары жүргізіледі:

1. «Жас эколог» жетекшілері Турлыбаева Г.Б., Бейсекенова Ж.С.
2. «Жас ақындар» жетекшілері Қонақбаева А.С., Тажиев Е.Е.
3. «Любители русского языка» жетекшісі Мамбетова Г.А.
4. «Английский клуб» жетекшілері Шырынханова А.Г., Баранбаева К.Б.
5. «Компьютерлік сауаттылық» жетекшісі Мадимарова М.Ж.
6. «Жас тарихшылар» жетекшісі Далибаева А.Н.

ЦӘК оқытушыларының құрамы: экология ғылымының кандидаты Ж.С.Бейсекенова, тәжірибелі, білікті педагогтар К.Д.Абдрахманова, К.И.Асқарова, Г.К.Ауелбекова, Н.Д. Асқарова, Ұ.Қ.Арипжанова, А.Н.Далибаева, А.С.Қонақбаева, Ж.Ж.Сулейменова, Р.Б.Идришев, Б.А. Молдажанова., И.М.Джумагулова, К.Қ.Алмурзаев, М.М.Рахметжанов, Ж.Б.Манапова, Е.Е. Тажиев, А.М.Танабаева., магистрлер Г.А.Амрина, Г.Б.Айтахунова, Қ.Б.Баранбаева, А.Г. Шырынханова А.И.Тәтібекова, Г.Б.Тлекметова, Г.Б.Турлыбаева, Ш.Е.Каштаева, М.М.Көшімбай және өз еңбектерімен үлес қосып еңбек еткен, қазіргі таңда зейнеткер ұстаздар Р.А.Ибраимова, М.Р.Қасымбекова, Г.А.Мамбетованы атап айтуға болады. Г.А.Мамбетованың «Орыс тілі және орыс әдебиеті пәнінен» электронды оқу әдістемелік құралы шықты.

2018-2019 жж. жоғарғы санатты 4 оқытушы «Білім беру ісінің үздігі» төсбелгі сертификатымен марапатталды: (Ж.С.Бейсекенова, К.И.Асқарова, А.Н.Далибаева, К.Д.Абдрахманова)

2019-2020 жж «Әлеуметтік- гуманитарлық және экономикалық пәндер» ЦӘК тарих және құқық тану пәнінің оқытушысы, ҚР білім беру ісінің үздігі, жоғары біліктілік санатты бар А.Н.Далибаеваның басшылығымен жұмыс жасап келеді. ЦӘК штаттағы оқытушылармен толық дерлік қамтамасыз етілген. 12 жоғары санатты оқытушылар білім береді. ЦӘК оқытушыларының құрамы магистрлер А.Кахриманқызы, С.А.Кездикбаев., жас мамандар З.Б.Джамалдинова, Г.С. Нурбекова, Е.Қ.Қайырғали, А.А.Нүсіпбек толықтырылды.

ЦӘК- да білім беру қызметін жоспарлау және ұйымдастыру оқу бағдарламалары мен жоспарлары негізінде жүзеге асырылады. Типтік оқу бағдарламалары мен жоспарлары ТЖКБ нақты мамандықтары бойынша әзірленген. Жалпы білім беру курстары модульдерге біріктіріліп жасалынды. Негізгі және кәсіптік модульдерге біріктірілген әлеуметтік-экономикалық пәндер орта білімнен кейінгі білім алушыларға оқыту кезінде енгізіледі. ЦӘК- да өтетін модульдер және циклдар (пәндер тізімі): қазақстан тарихы, қоғамтану, география, математика, физика және астрономия, денешынықтыру, қазақ және орыс әдебиеті, шет тілі, дүниежүзі тарихы, информатика, АӘТД,

кәсіби қазақ (орыс) тілі және ақпаратты басқару, кәсіби шет тілі, денсаулық сақтаудағы экономика және құқық негіздері, философия және мәдениеттану негіздері, саясаттану және әлеуметтану негіздері. Оқыту

«Дене тәрбиесі» сабағы міндетті болып табылады, «Алғашқы әскери-техникалық даярлық» пәнінде дала жаттығулары бар. Қыздар медициналық дайындықтан өтеді. «Өмір сүру қауіпсіздігінің негіздері» интеграцияланған білім беру бағдарламасы «Алғашқы әскери-техникалық даярлық» курсы шеңберінде жүзеге асырылады.

ЦӘК оқытушылары өз білімдерін үздіксіз жетілдіру барысында 2020-2021 оқу жылында «Назарбаев зияткерлік мектептері» ДББҰ «Педагогикалық шеберлік орталығы» жекеменшік мекемесі әзірлеген ҚР орта білім мазмұнын жаңарту жалпы білім беру пәнінен колледж оқытушыларының біліктілігін арттыру білім беру бағдарламасы бойынша 80 академиялық сағат көлемінде оқыту курсы, НАО «TALAP» - Педагогтердің IT құзіреттілігін дамыту және жетілдіру курсы – 36 с, Nazarbayev Intellectual Schools- Қашықтықтан оқытуды үйремемін – 40 с, «Өрлеу» біліктілікті арттыру орталығы - «Қашықтықтан оқыту сабақты әзірлеуден бастап, білім беру процесін ұйымдастыруға дейін», 40с.

(А.С.Қонақбаева, Г.Б Тлекметова), Алматы қаласының денсаулық сақтау Басқармасы, «Оқу- әдістемелік орталығы»- «Методика разработки тестовых вопросов», 108с. А.Н.Далибаева, А.С.Қонақбаева, Ж.Ж. Сулейменова.

Инновациялық технологияларды қолданып сабақ өткізу, қашықтықтан оқытудың жаңа әдістерін сабақ барысында енгізу мақсатында: саяхат, жарыс сабақ өткізу, рөлдік ойын, синквейн, кейсстади, Google тест, ispring тесті жасау, Web- желілік тәсіл, In-shotпен видео дайындау, Power point презентациялар, мобильді оқыту, ойын оқыту, Блум таксономиясы қолданылады. Қашықтықтан оқытуда пән бойынша видео сабақтар түсірілді. Аралық бақылау өткізу үшін 21 пәннен 150 сұрақтан тест 2 тілде дайындалды. Онлайн ашық сабақтар жоспар бойынша өткізіліп жатыр.

Жас оқытушылар әдістемелік кабинет берген оқу- әдістемелік бағытпен жұмыс істейді, тәлімгерлер тағайындалған. (З.Б.Джамалдинова, А.А.Нүсіпбек, С.А.Кездикбаев, Е.Қ.Қайырғали)

«Ұстаз тілегі» республикалық ғылыми әдістемелік орталығы, Daryn.onlin білім беру платформасымен Qaztest.kz олипиада сайты бірлесіп ұстаздарға арнап ұйымдастырған орталығымен, «Білім әлемі» Республикалық ғылыми-әдістемелік, педагогикалық басылым, «Воспитание в школе и колледже», «Зияткер» республикалық ғылыми-көпшілік журналы, Республикалық ғылыми әдістемелік «Білім көкжиегі» журналымен тығыз байланыста болып, жыл сайын мақалалар шығып отырады. (К.Д. Асқарова, К.Д.Абдрахманова, А.Н. Далибаева, А.С.Қонақбаева, Г.Б.Тлекметова, Қ.Б.Баранбаева, И.М.Джумагулова, Г.К.Ауелбекова, Ж.Ж.Сулейменова, А.И.Тәтібекова, Г.Б. Айтахунова, М.М.Көшімбай, Б.А.Молдажанова, Г.Б.Турлыбаева, Р.Б.Идришев, З.Б.Джамалдинова).

Информатика пәнінің оқытушысы Б.А.Молдажанова «Ұстаз тілегі» ғылыми әдістемелік орталығы ұйымдастырған республикалық онлайн конференциясына қатысып, 1-курс студенті Айқынбаева Ш., студенттер арасында информатика пәнінен өткен олимпиаданың жеңімпазы болды.

Математика пәнінің оқытушысы М.М.Көшімбаев «Ұстаз тілегі» ғылыми әдістемелік орталығы ұйымдастырған республикалық онлайн конференциясына қатысты. 1-курс студенті Ануарбекова Әсел математикадан студенттер арасында өткен олимпиаданың I-дәрежелі дипломына ие болды.

«Елімнің тұңғыш Президенті», «Менің болашақ отбасым», «Тәуелсіздік – ел тірегі» тақырыптарына арналған эссе жазудан қалалық конкурста диплом, алғыс хатпен студенттер марапатталды.

«Қазіргі қазақстандық білім беру: қашықтан оқыту технологиялары мен әдістерін дамытудың өзекті мәселелері» Орал гуманитарлық колледжі өткізген республикалық ғылыми-тәжірибелік конференциясына К.И.Асқарова, Г.Б.Айтахунова, Г.Б.Турлыбаева, Г.Б.Тлекметова., Республиканской научно – практической конференции «Известные женщины Великой степи» среди студентов медицинских колледжей Республики Казахстан и колледжей Акмолинской области. г. Кошетау- К.И.Асқарова, Г.Б.Тлекметова, Ж.Ж.Сулейменова, А.С.Қонақбаева студенттерді қатыстыруға жетекшілік жасады.

ЦӘК ішінде студенттерге арналған сабақтан тыс үйірме жұмыстары жүргізіледі:

1. «Жас эколог» жетекшісі Бейсекенова Ж.С.
2. «Жас ақындар» жетекшілері Қонақбаева А.С., Тажиев Е.Е.
3. «Любители русского языка» жетекшісі Сулейменова Ж.Ж.
4. «Адал ұрпақ» Турлыбаева Г.Б.,
5. «Жас ізденуші» жетекшісі Асқарова К.И.

ЦӘК «Жас ізденуші» үйірмесінің ұйымдастыруымен, колледждің әдістемелік кабинетінің қолдауымен «ЖАСТАР ЖӘНЕ ҒЫЛЫМ: БҮГІНІ МЕН БОЛАШАҒЫ» тақырыбында Жоғары медицина колледжінің 40 ж мерей тойына арналған студенттердің қалалық ғылыми – тәжірибелік конференциясы өтті. Барлығы 17 колледж қатысып, презентациямен, ғылыми жұмыс қорғаған студенттер 1,2,3 орындарға диплом және қатысушылар мен ғылыми жетекшілеріне алғыс хат пен сертификаттар берілді. Барлық жұмыс 232 бет электронды материалдар жинағы шықты.

ЦМК оқытушылары «Компетентностный подход в подготовке квалифицированного специалиста» тақырыбында өткен педагогикалық оқуларға К.И.Асқарова, Г.Б.Айтахунова, Ж.Ж. Сулейменова, А.Кахриманқызы қатысты.

ЦӘК оқытушылары біліктілік курстардан, семинарлардан өтіп отырады.

(А.И.Тәтібекова, А.Кахриманқызы, А.С.Қонақбаева, Г.Б.Тлекметова, Г.К.Ауелбекова т.б)

Оқытушылар оқу – әдістемелік жұмыстармен қатар, тәрбие ісі саласына баса назар аударып колледждің қоғамдық өміріне белсене араласады. Колледж ішілік, қалалық іс- шараларға, спорт жарыстарына белсенділік танытады.

22-қыркүйек күні Қазақстан Республикасының тілдер мерекесі күні аясында 1- 2 курс студенттері арасында онлайн конференция, Әл-Фараби 1150 жылдық мерейтойына арналған челленджге және «Ұлы даланың Ұлы тұлғасы:Әл-Фараби» тақырыбында ашық тәрбие сағаты, «Адал ұрпақ» алаңын ұйымдастырылды.

ЦӘК кураторлары 1 желтоқсан Тұңғыш Президент күніне арналған «Елін сүйген, елі сүйген елбасы», 16 желтоқсан Тәуелсіздік күніне арналған «Мәңгілік ел – біздің күш қуатымыз» тақырыбына ашық тәрбие сағаттарын өткізді.

Қазіргі таңда Қазақстан – өркениетті, дамыған елдер қатарына енген мемлекет. Тәуелсіздік жастарға жарқын болашаққа жол ашып берді. Осы мемлекетті одан да биіктен көрсету – білімді жастардың қолында. Президент Қ.Тоқаев – «Бүгінгі жастар – ертеңгі кәсіби білікті маман, болашақ отбасының тірегі. Әрбір жас қоғамда өз орнына ие болу үшін кез келген қоғамдық мәселеге бейжай қарамауы тиіс. Себебі патриоттық рух та, рухани ерік-жігер де ортамен араласудан туындайды» - деп көрсетуі орынды еді.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Акиньшина О.Н. Научно-педагогические условия формирования ценностного отношения студентов к учебно-познавательной деятельности. СПб, 2003.
2. "Білім туралы"Қазақстан Республикасының Заңы
3. <http://anatili.kazgazeta.kz/>
4. <http://adilet.zan.kz/kaz/docs/>

МЕДИЦИНАЛЫҚ КОЛЛЕДЖДЕГІ КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕРДІ ҚАШЫҚТЫҚТАН ОҚЫТУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

А.А. Шинибаева

*«Клиникалық пәндер» циклдік әдістемелік комиссия аға оқытушысы
Алматы қ. ДСБШЖҚ «Жоғары медициналық колледж» КМК
Қазақстан Республикасы, Алматы қаласы*

Аннотация. *Статья попытается проанализировать В статье анализируются основные тенденции дистанционного образования в период пандемии и карантина и особенности перехода обучения на портале «Offline». Определение квалификационных требований образовательного процесса в режиме «продолжения» при модернизации системы образования. В статье*

описаны преимущества и недостатки дистанционного обучения в медицинских образовательных учреждениях.

Annotation. *The article will try to analyze the main trends of distance education during the pandemic and quarantine period and the features of the transition of education on the "Offline" portal. Determination of the qualification requirements of the educational process in the "continuation" mode during the modernization of the education system. The article describes the advantages and disadvantages of distance learning in medical educational institutions.*

Түйінді сөздер: колледж, студенттерді қашықтықтан оқыту, пандемия, Covid-19.

Қазақстан Республикасы Білім және ғылым министрлігінің 2020 жылғы 14 наурыздағы №108 бұйрығының 2 тармағына сәйкес білім беру ұйымдарында «COVID-19» коронавирустық инфекциясының таралуын болдырмау жөніндегі шараларды күшейту туралы айтылған. Осыған байланысты оқу орындары қашықтықтан оқытуға ауыстырылды. Білім беру жүйесіндегі инновациялық технология - жаңа қажеттіліктер мен қызығушылықтарды жаңа құралдармен қамтамасыз ететін, оларды ұтымды пайдалану, жаңа инновацияны құру, тарату бойынша күрделі мақсатты процесс болып табылады.

Соңғы екі жылдың ішінде қашықтықтан оқыту технологияларын дамыту мен қолданудың маңызы артып келеді. Осы саладағы ілгерілеу отандық білім беру жүйесін реформалау мен жетілдірудің, халықаралық талаптарға сәйкестендірудің және халықаралық білім кеңістігіне интеграциялаудың негізгі факторы. Оны қамтамасыз ету кезек күттірмейтін міндет және білім беру саласындағы басты аспектілердің бірі ретінде қарастырылуы керек.

2020 жылдың 16 наурызынан бастап Алматы қаласы денсаулық сақтау басқармасының «Жоғары медициналық колледж» оқу процесін қашықтықтан білім беру заманауи технологияларын қолдану арқылы ұйымдастырды.

Циклдік әдістемелік комиссия (ЦӘК) «Клиникалық пәндер» 4 курс студенттерін оқыту қашықтықтан оқыту жүйесін қолдану арқылы жүзеге асырылды, студенттер WhatsApp, Telegram, Zoom, Bilim.kz мессенджерлерін қолдана отырып, қашықтықтан оқытуға ауыстырылды. Оқу процесін ұйымдастыру белгіленген оқу жүктемесіне, оқу жұмыс жоспарына және сабақ кестесіне сәйкес жүргізіледі.

ЦӘК -те «offline», «online» режимдегі оқу сабақтары оқытушы басшылығымен студенттердің өзіндік жұмысы және оқытушы мен студенттер арасындағы байланыстар электрондық пошта, WhatsApp арқылы, сонымен қатар студенттердің ағымдық бақылауы мен үлгерімін жүзеге асыру жұмыс оқу жоспары мен оқу жоспарларына сәйкес жүзеге асырылады.

Қашықтықтан оқыту технологиясы (ҚОТ) көмегімен студенттердің үлгерімін ағымдағы бақылау әр түрлі оқу әдістемелері ұсынылды. Атап айтатын болсақ (тест арқылы, ситуациялық тапсырмалар, графологиялық құрылымдар, презентациялар, жазбалар, эсселер және т.б.). Осыған орай әр оқытушы оқу әдістерін өздері таңдайды.

Студенттерді аралық аттестаттау ҚОТ арқылы жүзеге асырылады: электрондық тест тапсырмалары; жазбаша жеке тапсырмаларды тексеру. Ағымдағы және аралық аттестаттау тапсырмаларының күрделілік деңгейі өткен материалға сәйкес келуі және студенттерге қол жетімді болуы қажет. Аралық аттестаттауға арналған тест тапсырмаларын жасауға жауапты - пәнді (модуль) басқаратын пән оқытушысы.

Бағалау критерийлеріне сәйкес студенттердің оқу жұмысын орындау бағалары құрылған электрондық журналдарда *Bilim.kz* порталында *WhatsApp*, *Telegram* және т.б. мессенджерлерін қолданып, өздерінің электронды журналдарына орналастырылады.

Қазіргі уақытта пандемияға байланысты колледжде дәстүрлі оқыту формасынан қашықтықтан оқытуға ауыстырылды. Тәжірибелік сабақтар клиникалық оқыту базаларында өткізілетін, сондықтан олар өзіндік жұмыс барысында алынған теориялық материалдарды бекітуге және дәріс курсының материалдарын оқып-үйренуге ғана емес, сонымен қатар тәжірибелік дағдыларды игеруге бағытталған. Білімгерлердің тәжірибелік жұмысы пациенттерді қадағалау, клиникалық жағдайларды талдау, медициналық процедураларды жүзеге асыру, медициналық құжаттарды толтыру, имитациялық оқыту сияқты бөлімдерден тұрады.

Сабақтарды «online» режимінде өткізуге талдау жасағаннан кейін, нәтижелерді талдау заманауи электрондық оқыту технологиясының жеткіліксіз деңгейін көрсетті. Сондықтан, студенттердің көпшілігінің пікірінше, қашықтықтан оқыту білім берудің практикалық бөлігін алмастыра алмайды, бұл акушерка, мейірбике, фельдшердің болашағы үшін маңызды. Негізінде тәжірибелік сабақтарды жабдықталған симуляциялық және арнайы бөлмелерде өтуі тиімді.

ҚОТ оқытушылармен студенттердің эрудицияны, стандартты емес ойлауды, қарым-қатынас түрін, өз тәжірибесін түсіндіру мәдениетін, педагогикалық харизмасын, ынталандыру қабілетін дамытады. Ал ҚОТ-ның міндеті - студенттер ақпаратты қабылдап, оны игеріп қана қоймай, сонымен қатар әр түрлі кәсіби жағдайларда өздігінен әрекет ету қабілетін дамытады.

Ең тиімдісі - келесі оқыту технологияларының синтезін қолдану: түсіндірмелі және иллюстрациялық оқыту, студентке бағытталған оқыту, дамыта оқыту, рольдік ойын, белсенділік технологиялары, ақпарат, компьютерлік технологиялар, проблемалық оқыту, имитациялық технологиялар, ситуациялық жағдайларды талдау.

Жұмыс тәжірибесіне сүйене отырып, біз бірқатар тармақтарға назар аударуды ұсынамыз. Біріншіден, ҚОТ тәртібі бойынша, талдау үшін ұсынылған материал нақты өмірлік жағдайды көрсетуі керек. Екіншіден, суреттеуде қиындықтардың болуы. Үшіншіден, теориялық білімнің алдын-ала жиынтығын меңгеру оны белгілі бір мәселені немесе бірқатар тәжірибелік мәселелерді шешу үшін қажет.

Клиникалық пәндер үшін қашықтықтан оқытудың артықшылықтары мен кемшіліктері.

Артықшылықтары:

- бағалаудың объективтілігі, сұраныстың интерактивтілігі, өтілген материалға қайта оралу мүмкіндігі - желіде білім беру форматы студенттер үшін де, оқытушылар үшін де құнды;
- қазір көптеген онлайн кітапханалар виртуалды есіктерін ашты;
- студент әрқашан күрделі мәселелерді зерттеуге оралуға, бірнеше рет бейне дәрістерді көруге, оқытушымен хат-хабарларды қайта оқуға.
- қашықтықтан оқыту кезінде ақпаратты игеру үшін барлық жауапкершілік студенттің өзіне жүктеледі, бұл мотивация мен өзін-өзі басқаруды қажет етеді.

Кемшіліктері:

- студент пен оқытушы арасында жеке байланыс жоқ, сондықтан да аудиторияның көптеген сұрақтары жауапсыз қалады;
- интернетке тұрақты қосылыстың жоқтығымен қатар, тағы бір күрделі кедергі - білім беру ұйымдары студенттерінің үлкен бөлігі үшін қашықтықта оқуға мүмкіндік беретін үйдегі компьютерлердің немесе басқа техникалық құралдардың болмауы;
- қашықтықтан оқытуда барлық оқытушыларды бақылау қиындығы;
- колледждегі стимуляция технологиясын қолдану, ситуациялық есептерді талдау карантинға байланысты мүмкіндігі болмай тұр.

Әдебиеттер:

1. Опыт внедрения дистанционных образовательных технологий в Казахстане. Центр дистанционного обучения. [Электронный ресурс] <http://www.tarsu-cde.kz/>
2. Трайнев В.А., Гуркин В.Ф., Трайнев О.В. Дистанционное обучение и его развитие. – М.: Дашков и К, 2010.
3. Кусаинов А.К., Шарипбай А.А. Технология и методика дистанционного обучения в Республике Казахстан. Профессиональное образование в России и за рубежом. 2017. № 1 (25) с.23-27

ПРОВЕДЕНИЕ ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕКТРОННОЙ ПЛАТФОРМЫ В ВЫСШЕМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

Алибекова Л.Д.

Зам.директора по УВР

Надирбекова А.О.

К.психол.н., психолог высшей категории

Симоненко А.А.

*Студент бакалавра МФПУ «Синергия» по направлению
«Специалист по информационной безопасности»*

г. Алматы, Казахстан

Жапаров Э.Ж.

Магистрант КазНПУ им. Абая,

Аннотация. Бұл мақалада онлайн-платформада ЖМК талапкерлерінің психометриялық тестін өткізу қарастырылған. Тестілеуді өткізу нәтижелерінде жағымды және жағымсыз жақтар анықталды. Психометриялық зерттеуде авторлық сауалнамадан тұратын тестілеу бағдарламасы ұсынылды-эссе, DDO Климова, 16pfkettel. Сондай-ақ, мақалада психологиялық нәтижелермен қатар бүкіл процесің техникалық нәтижелері қарастырылады және одан әрі перспективалар қарастырылады.

Annotation. This article covers the conduct of a psychometric test for VMC applicants on an online platform. The positive and negative aspects were highlighted in the results of the testing. In the psychometric study, a testing program was presented, consisting of the author's questionnaire-an essay, Klimov's DDO, and Kittel's 16PF. Along with the psychological results, the article also examines the technical results of the entire process and considers further prospects.

Ключевые слова: тестирование, абитуриенты, колледж, онлайн-тесты.

Введение

С развитием и улучшением качества информационных технологий растет спрос на использование информационно-коммуникационных сетей, об этом говорит как всеобщая распространенность возможности населения подключиться к сети «интернет», так и множественные стратегии развития, направленные в сторону улучшения интернет-соединения и большей информатизации населения. Следуя из годового отчета компании «Казхаттелеком» на 2019 год в стране приходится 14 миллионов 956 тысяч интернет-пользователей, что составляло на тот момент 79% населения[1, 2].

Образовательная система так же стремится к большей цифровизации, таким образом многие высшие учебные заведения (КазНУ им. аль-Фараби, КазАТУ, КазГосЖенПУи др.) уже перешли, переходят или внедряют в свою программу возможность дистанционного обучения. Зачастую дистанционное образование имеет меньшую стоимость, при сохранении актуальности информации, получаемой студентами. Так же цифровизацией процесса обучения занимаются корпорации-гиганты, такие как «Microsoft». На данный момент для доступности образования «Microsoft» распространяет свое программное обеспечение «Office 365» и «MicrosoftTeams» бесплатно, для школ, ее учащихся и преподавателей[3]. Но данное ПО не позволяет на своей основе проводить психометрические тестирования. Аналогом подобной платформы с возможностью проведения тестов является «Google Формы». Данное ПО распространяется бесплатно, однако для проведения крупных психометрических исследований она не адаптирована, ввиду возникновения сложностей организаторской работы с участниками[4].

Психометрическое тестирование является важной частью экзаменов для поступления в учебное заведение. Данный вид экзамена может быть выбран

учебной организацией для выделения предрасположенностей и особенностей личности абитуриента, его потенциальных перспектив в данном учебном заведении.

В связи с эпидемией SARS-CoV-2 было принято решение о переводе учебных заведений на дистанционное образование, что создавало определенные проблемы для вступительных экзаменов [5]. Создание онлайн платформы для тестирования решало большинство проблем.

Особенности технической и психометрической реализации платформы

Для реализации платформы проведения тестирования были выбраны следующие инструменты: HTML, CSS, JavaScript(Front-end без использования дополнительных готовых решений и библиотек) и PHP (backend, вычислительная часть ресурса) для организации взаимодействия вычислений между собой и подсчета конечного результата. Исходя из данных решений для меньшей нагрузки и расхода трафика конечного пользователя было принято решение минимизировать интерфейс и обеспечить лёгкое, интеллектуально-понятное взаимодействие конечного пользователя с ресурсом.

Для достижения этой цели мы поставили в приоритет исполнение трех свойств алгоритма:

1. дискретность;
2. определенность;
3. результативность.

Таким образом данное ПО должно было следовать строгому алгоритму:

1. Поиск и опознание по базе данных участника тестирования.
2. Запрос пароля для подтверждения личности участника.
3. Поэтапный сбор данных, заполненных пользователем за отведенное время.
4. Проведение анализа и подсчета результатов абитуриента по завершении прохождения каждого из этапов (опросников психометрического тестирования).
5. Сохранение данных в базе данных (MySQL).

Для обеспечения безопасности данных от злоумышленников были использованы следующие методы: защита кабинета администратора графическим пин-кодом, а так же были использованы средства взаимодействия с базой данных через PDO (php). Данная система безопасности усложняет процесс внедрения или манипуляции с ресурсами, хранящимися в базе данных. Процесс сохранения и манипуляций с данными осуществляется через использование подготовленных выражений и объектов, что усложняет использование sql-инъекций[6].

На данный момент ресурс включает в себя функции тестирования пользователей, а также функционал кабинета администратора. Администратор имеет право вносить новых абитуриентов, удалять результаты, также объявить «допуск» и «не допуск» абитуриента к конкурсу, ориентируясь на добросовестность сдачи теста.

Для проведения качественного психометрического исследования было решено рассмотреть 3 основных аспекта: мотивационный, наличие предрасположенности к деятельности и личностный. Мотивационный аспект отображается в том, насколько самостоятельно выбрал абитуриент данное учебное заведение и хочет ли он там обучаться. Предрасположенность к деятельности выявляет потенциальные интересы и задатки личности, ее возможности профессионального развития. Личностный же аспект позволяет судить о текущих психологических ресурсах и сильных сторонах участников тестирования.

В качестве методов тестирования для абитуриентов были выбраны 3 основные методики:

1) Анкета-эссе. Представляет собой авторскую анкету, предназначенную для выделения мотивационной направленности абитуриентов для обучения.

2) Дифференциально-диагностический опросник Климова. В психометрическом тестировании выполнял функцию определения наличия склонностей у абитуриентов к профессиональной деятельности в медицинской сфере.

3) 16-ти факторный личностный опросник Кеттела (адаптация Капустиной). Тест Кеттела позволял исследовать личность абитуриента и выделить наиболее значимые личностные черты, способные положительно сказаться на обучении и профессиональной деятельности абитуриентов [7].

Все методики представлялись абитуриентам в соответствующем списке выше порядке. Данная программа психометрического тестирования содержит 145 вопросов (включая 10 вопросов анкеты) и рассчитан на 60 минут.

Результаты:

Технические. В процессе проведения тестирования техническое сопровождение ограничивалось экстренным исправлением возникших ошибок со стороны сервера, а также анализом ошибок со стороны пользователей.

Всего нам удалось зафиксировать и исправить следующие ошибки со стороны сервера:

1. Дублирующее сохранение данных, а также присваивание нулевых значений в графе «ФИО» продублированным значениям (оригинальные значения вписывались без ошибок).

2. Временная ошибка системы сохранения после правок связанных с повторным внесением пользователей в БД.

Ошибки, возникшие на сервере, были быстро устранены. Для выявления данных ошибок не были использованы сторонние средства разработки. Так как обе ошибки имели алгоритмический характер (исполнялись на странице, посещаемой пользователем, а не в отдельном файле как было сделано после приведения системы в порядок). Данная ошибка имеет не столько технический характер, сколько человеческий, так как не были учтены ручные перезагрузки страницы пользователями, как преднамеренные, так и вызванные неполадками интернет-соединения.

Вторая ошибка была вызвана изменением содержимого базы данных по просьбе пользователей. Что является исключительным случаем.

Выявленные ошибки со стороны пользователей:

1. Неисполнение строгого алгоритма прохождения тестирования.
2. Отсутствие устройств, поддерживающих в браузере исполнение «JavaScript».
3. Слабое интернет-соединение.

В разряд первой описанной ошибки входили пользователи, указавшие неверный индивидуальный код или пароль. Ошибка устранялась самим пользователем.

Вторая ошибка встретилась лишь единожды. Пользователь не мог пройти тестирование до окончания обратного отсчета таймера, написанного с использованием средств «Javascript». Ошибка была устранена сменой устройства.

Слабое интернет соединение стало самой частой ошибкой, данные пользователя считывались и поддавались анализу, но не вносились в БД по причине отсутствия соединения с сервером.

Из положительных результатов следует отметить следующее:

1. Длительность сбора данных ограничивалась лишь временем пользователя на сайте, что ускорило процесс сбора данных.
2. Анализ данных проводился в онлайн-режиме. Система сама анализировала и считала данные, что исключило человеческий фактор и вероятность ошибки при обработки тестов-опросников. Так же это позволило снять нагрузку с психологов, прежде занимающихся обработкой тестов, и сэкономить некоторое количество человеко-часов.

Психологические. Было протестировано 756 человек, претендующих на бюджетные места. В процессе тестирования были получены следующие результаты:

Анкета эссе – 100% участников выразили добровольное желание учиться в ВМК. По словам участников тестирования, никто не принуждал их к поступлению в данное учебное заведение.

ДДО Климова – в процессе тестирования основным ориентиром послужила шкала «Человек-человек». В итогах тестирования было выяснено, что средний балл по данной шкале составлял 5,5 баллов (из 8 максимальных), что составляет 69% от максимального результата.

16PF Кеттела – обработка тестирования велась с рассмотрением 5 выделенных шкал. Результаты исследования представлены в Таблице 1.

Таблица 1. Результаты тестирования абитуриентов по методике 16PF

<i>Шкала</i>	Интеллект	Эмоц.лабильность	Нормативность	Смелость	Самоконтроль
	Т	Ь	Ь	Ь	Ь
<i>Среднее арифметическое</i>	3,3	6,9	7,8	5,0	5,6

Выводы:

Основной функционал платформы на данный момент ограничен исключительно прохождением психометрического номера, путем ввода индивидуального кода абитуриента и индивидуального пароля. Потенциально развитие платформы должно быть ориентированно на удобство пользователя и администратора интернет-ресурса. Для обеспечения этого удобства можно применить такие средства как «jQuery». Данная библиотека много лет лидировала на рынке и заслуженно считается комфортной для освоения. Так же в перспективе состоит создание более понятного и адаптивного для пользователя интерфейса. Рекомендуются: создание полноценной мобильной версии, применение все более удобных графических решений, таких как «Wordpress».

Актуальность использования ресурса не ограничивается проведением тестирования единойжды. Использование ресурса в течении многих лет возможно, с условием обеспечения технической поддержки. Платформа в достаточной мере удобна для проведения тестирований любой сложности, даже с большой выборкой людей.

Тестирование на данной платформе достаточно комфортно. Работа над ней является перспективным решением. Так же получение результаты психометрических исследований с действующей онлайн-платформы позволит улучшить качество психометрического тестирования в дальнейшем. Уже текущих экспериментальных данных достаточно для разработки более эффективного метода тестирования и возможности определения недостоверных результатов.

Подобранные методики для проведения психометрического исследования достаточно полно раскрывают ключевые факторы, способные повлиять на успешное обучение студента. В то же самое время хотелось бы и сказать о том, что необходимо и дальнейшее совершенствование. Существует несколько факторов, которые достаточно сложно преодолеть и основных их них является время тестирования. Для проведения полного анализа требуется достаточно большое количество времени, в коем мы ограничены. Так же должен быть учет силы абитуриентов. Чрезмерно большое количество вопросов способно утомить и сделать дальнейшее тестирование уже нерепрезентативным. Поиск компромисса между временем и качеством является основным направлением работы в перспективах.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Интегрированный годовой отчет АО "Казахтелеком" за 2019 год // АО "Казахтелеком" [Официальный сайт]. URL: <https://telecom.kz/> (Дата обращения: 15.04.2021).
2. Население Казахстана // Countrymeters [Электронный ресурс]. URL: <https://countrymeters.info/ru/Kazakhstan> (Дата обращения: 11.10.2020).

3. Office 365 для образования // Microsoft [Официальный сайт]. URL: <https://www.microsoft.com/ru-ru/education/products/office> (Дата обращения: 15.04.2021).
4. Google Формы // Google [Официальный сайт]. URL: <https://www.google.com/intl/ru/forms/about/> (Дата обращения: 15.04.2021).
5. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 1 апреля 2020 года № 123 «Об усилении мер по недопущению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 в организациях образования, на период пандемии» (с дополнениями от 15.04.2021).
6. PDO - Manual // My PHP.net [Официальный сайт]. URL: <https://www.php.net/manual/ru/book.pdo.php> (Дата обращения: 15.04.2021).
7. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие.—Самара: «БАХРАХ-М», 2003. — 672 с.