**ВВЕДЕНИЕ**

По данным исследования ВОЗ - 75% всех сосудистых заболеваний - таких, как инфаркт миокарда, инсульт, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, - прямо или косвенно связаны с атеросклерозом. Экономические потери в связи с ростом инвалидности и смертности от этих заболеваний крайне велики. Статистические данные, опубликованные в США 2010 году, страна теряет по причине инвалидности и смертности около 40 миллиардов долларов в год, причем две трети занимает атеросклероз и его осложнения.

Сердечно-сосудистые заболевания остаются одной из причин смертности населения, что отрицательно влияет на демографическую ситуацию и социально-экономические показатели Российской Федерации. В связи с этим борьба с данными заболеваниями переросла узко медицинские рамки и стала проблемой государственной безопасности (Е.И. Чазов, 2009). На научно-практической конференции, посвященной совершенствованию оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, проводимой Министерством здравоохранения и социального развития РФ в октябре 2009 г., министром Т.А. Голиковой было отмечено, что за последние 2 года в нашей стране от болезней системы кровообращения умерло 2,4 млн. человек. Смертность от сосудистых заболеваний стабильно составляет 57% и почти 20% из этого числа умирают в трудоспособном возрасте. По данным ВОЗ, за период 2005-2015 гг. потеря ВВП в России из-за преждевременных смертей от сосудистых причин может составить около 8 трлн. рублей. Согласно существующей статистике, в России от атеросклеротических поражений сосудов страдают: 10% подростков до 16 лет; 30% взрослого населения до 45 лет; 80% людей старше 55-60 лет.

Учитывая тот факт, что атеросклероз возможно лишь приостановить, а не ликвидировать патологические изменения полностью, очень важно обратить внимание на профилактику и своевременное лечение данного заболевания. При исследовании проблемы заболеваемости, инвалидности и смертности вследствие атеросклероза сосудов, проанализируем актуальность этой проблемы для Мурманской области.

Анализ динамики эпидемиологической ситуации в отношении факторов риска (ФР) развития сердечнососудистых заболеваний (ССЗ) в Мурманской области свидетельствует об интенсивном росте заболеваемости и смертности населения от проявлений атеросклероза. В структуре причин смертности мужского населения трудоспособного возраста, болезни системы кровообращения занимают первое ранговое место и составляют 43,3% [44].

По данным исследовательских работ, у некоренного населения в этиопатогенезе атеросклероза в условиях Крайнего Севера, помимо основных факторов, существенную роль играет хронический стресс - «синдром полярного напряжения», характеризующийся специфичностью процесса адаптации к экстремальным условиям Заполярья [21].

Увеличение заболеваемости атеросклероза периферических артерий, высокая частота инвалидизации и смертности в Мурманске и Мурманской области при данной патологии, находятся на высоком уровне, особенно среди лиц трудоспособного возраста и составляет 47%, что обуславливает необходимость дальнейшего изучения факторов риска, особенности течения атеросклероза, причин инвалидизации, оценки реальных возможностей профилактики [9,35].

В Концепции развития сестринского дела, на медицинских сестёр возлагается большая роль в вопросах профилактики хронических неинфекционных заболеваний, а именно изменение поведенческих факторов риска развития заболеваний через повышение гигиенической грамотности самих пациентов, активное включение в процесс лечения. Для заинтересованности пациентов к своему здоровью и более широкой осведомлённости о процессе заболевания, медицинская сестра проводит санитарно-просветительную деятельность, что входит в её функциональные обязанности. Без знаний медицинской сестрой основ сестринской педагогики и психологии, эффективность проведения санитарно-просветительной деятельности не будет достигнута.

Изучая литературные данные и данные проводимых ранее исследований, не возможно не заметить противоречие, которое может быть решено в сестринском процессе. Медицинская сестра при взаимодействии с пациентом, выполняет задачи медицинского обслуживания и наряду с этим ведет и педагогическую роль консультанта, но с одной стороны роль её повышается, а знаний по педагогике - не хватает, так как базовая подготовка в колледжах не предусматривает изучение дисциплины «Сестринская педагогика». А без наличия у медицинских сестёр компетенций в области сестринской педагогики - невозможно обеспечить эффективную профилактическую деятельность и исходя из этого противоречия, выдвинута следующая гипотеза исследования.

Гипотеза - совершенствуя компетенции медицинских сестер в области сестринской педагогики, можно добиться повышения гигиенической грамотности пациентов, а значит, и повысить в целом эффективность профилактической работы с пациентами, страдающими атеросклерозом сосудов.

Цель исследования - определить значимость сестринской педагогики в профилактике атеросклероза сосудов, основанной на личностно-ориентированном подходе к пациенту.

Задачи исследования:

1. Обобщить основные теоретические аспекты ведения пациентов с заболеванием атеросклероза сосудов.

2. Изучить роль сестринской педагогики в практической деятельности медицинской сестры.

3. Рассмотреть роль медицинской сестры в организации обучения пациентов мерам профилактики заболевания атеросклероза сосудов.

Объект исследования: коллектив медицинских сестёр и пациенты хирургического отделения МУЗ ОМСЧ «Севрыба» г. Мурманска.

Предмет исследования: педагогическая деятельность медицинских сестёр хирургического отделения по повышению гигиенической грамотности пациентов в вопросах профилактики атеросклеротического поражения сосудов нижних конечностей.

Методы исследования: продуктивный метод исследования теоретического и практического материала, медицинской документации, метод анкетирования.

Теоретической основой исследования стали:

1. законодательные и нормативно-правовые акты, определяющие принципы оказания медицинской помощи пациентам с заболеванием атеросклероз сосудов;

2. обобщающие, аналитические работы ведущих отечественных специалистов таких как, С.В. Мартемьянов, Ю.П. Степанов, Т.В. Матвейчик, В.А. Колосовская, А.В. Покровский и др.

# **ГЛАВА** **1. АТЕРОСКЛЕРОЗ КАК МЕДИКОСОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА**

1.1. Понятие об атеросклерозе

Термин «атеросклероз» был предложен в 1904 году американским патологом Маршаллом и образован от двух греческих слов: «атеро» - обозначающего жировые «кашицеобразные» массы (липиды) в стенке сосуда, и «склероз» - «твердый», указывающего на развитие грубой рубцовой ткани в области отложения жиров. Таким образом, атеросклероз - это сочетание в стенке артерий двух процессов: отложения липидов, преимущественно холестерина и его эфиров, и развития соединительной ткани, превращающейся в дальнейшем в грубую рубцовую ткань [1,2].

По мнению ведущих клиницистов, таких как В. А. Колосовская, А.В. Покровский и др., атеросклероз поражает крупные артерии эластического и мышечно-эластического типов. К первым относится аорта - самый крупный сосуд, отходящий непосредственно от сердца. Ко вторым - артерии сердца, мозга, почек и других внутренних органов, и конечностей.

Для более детального рассмотрения причин возникновения заболевания атеросклероза сосудов, обобщим факторы развития и прогрессирования атеросклеротического процесса. По мнению А.В. Покровского, выделяют две группы основных факторов заболевания [34]:

Первая группа «моделируемые факторы», к которым относят:

 малоподвижный образ жизни (способствует ожирению, застоям крови, повышению давления);

 курение (за счёт токсического повреждения сосудов);

 стресс острый (за счёт повышения артериального давления);

 стресс хронический (за счёт снижения иммунитета);

 особенности питания. Рацион среднестатистического человека содержит много насыщенных жиров и мало полиненасыщенных, что приводит к закономерному развитию атеросклероза.

Ко второй группе относят «не моделируемые факторы»:

 гормональный дисбаланс (сахарный диабет, гипотиреоз способствуют, а гипертиреоз и эстрогены - препятствуют);

 гипертензия (за счёт гидродинамического повреждения стенки артерии; чаще поражаются участки артерий возле ответвлений);

 метаболический синдром, ожирение (практически всегда сочетаются с гипертонической болезнью и атеросклерозом);

 наличие в периферической крови свободных радикалов, которые повреждают стенку артерии, и на место повреждения интимы накладывается холестерин;

 инфекции (за счёт повреждений артериальной стенки микробами и их токсинами);

 электролитные нарушения с повышением содержания в крови ионов Na, снижение K, Mg, Cu,Si.

Этиология и патогенез. Спор о природе атеросклеротической бляшки среди специалистов различного профиля не утихает уже на протяжении целого столетия. Предложено множество гипотез и теорий о причине развития атеросклероза. Однако общепринятой теории возникновения атеросклероза в настоящее время нет. Одним из важных признаков болезни является широкая вариабельность ее проявлений с точки зрения остроты и широты процесса, его распространенности по локализации у различных индивидуумов даже в одной популяционной группе. Множество факторов рассматриваются как наиболее важные факторы риска развития атеросклероза. Вместе с тем, встречаются больные с резко выраженными признаками атеросклероза, у которых невозможно обнаружить очевидные причины, способствующие его развитию и которые бы можно было отнести к факторам риска.

Риск заболеваемости атеросклерозом сосудов повышается с возрастом. У женщин нехарактерно его развитие до климактерического периода. Гипертония, повышенный уровень холестерина и сахарный диабет относятся к особым факторам риска и у мужчин, и у женщин. В молодом возрасте рассматривается как важный фактор риска - курение табака. Менее важными факторами являются тучность, сидячий образ жизни, невысокий социально-экономический статус.

Несмотря на наличие в клинике множества видео изображающих технических средств, очень тяжело проследить в динамике прогрессирование атеросклероза у одного и того же человека. Вследствие этого, почти вся информация о развитии атероматозных бляшек подвергается проверке на животных (как спонтанный атеросклероз, так и атеросклероз, развивающийся в результате применения диеты с большим количеством жира).

А.В. Покровский при проведении электронно-микроскопических исследований обратил внимание на то, что в местах, предрасположенных к развитию атеросклероза, на ранних этапах его выявления, между эндотелиальными клетками обнаруживаются мигрирующие в просвет сосуда и выходящие из него макрофаги. Накопление фагоцитирующих макрофагов - это один из ранних морфологических признаков болезни. Молекулярные механизмы прилипания макрофагов к эндотелию подобны тем, которые встречаются при остром воспалении, но они полностью еще не изучены. Эндотелиальные клетки в участках формирования атероматозной бляшки обладают высокой экспрессией адгезивных молекул. Возможно это один из ранних молекулярных механизмов формирования бляшки. Большинство прогрессирующих атероматозных бляшек включают инфильтраты, состоящие из макрофагов, лимфоцитов и гладкомышечных клеток, окруженные обычно фиброзной тканью. “Факторы роста”, извлеченные из тромбоцитов, стимулируют пролиферацию гладкомышечных клеток интимы (миоинтимальные клетки) и продукцию в дальнейшем ими коллагена, эластина и мукополисахаридов. PDGF секретируется большинством клеток соединительнотканного происхождения, макрофагальной и эндотелиальной природы. Экспериментально в культуре тканей показано, что PDGF ускоряет рост гладкомышечных клеток и фибробластов, индуцирует удвоение ДНК и, таким образом, способствует ускорению деления клеток. Адгезивные молекулы способствуют агрегации тромбоцитов, что сопровождается повреждением эндотелиальных клеток. Гемодинамическое давление, особенно в местах разветвления сосудов способствует прилипанию тромбоцитов и повреждению эндотелия. При определенных обстоятельствах, промежуток между эндотелиальными клетками оказывается расширенным, и тогда появляются либо небольшие, либо довольно значительные участки, лишенные эндотелиальных клеток. Последующее высвобождение факторов роста, таких как PDGF, способствует дальнейшей стимуляции пролиферации и активации секреции гладкомышечных клеток интимы. Приведенные выше взаимоотношения между макрофагами, тромбоцитами, сосудистым эндотелием в настоящее время интенсивно изучаются и такими специалистами, как Ильинский Б.В, Даниленко М. В., Земсков В. М., Лоба М.М. и др.

В своих трудах авторы дают определение липидам [11,18,34]. Липиды - это важная составляющая атероматозных повреждений. Учёные доказывают, что повышение уровня определенных типов липопротеинов существенно увеличивают риск развития атеросклероза у разных людей.

При проведении исследований авторы делают вывод, что повышение в крови липопротеинов с низким удельным весом, в частности, LDL-холестерола, является наиболее важной и общей причиной развития атероматозной бляшки. Уровень холестерола регулируется как генетическими, так и экологическими факторами. Степень смертности от атеросклеротического повреждения коронарных сосудов сердца тесно связана с уровнем LDL-холестерола. Повышенный риск заболеваний сосудов сердца в Англии и других североевропейских странах связывают с большим содержанием жиров в пищевом рационе жителей этих стран. В странах Средиземноморья, где меньшая пропорция насыщенного жира обеспечивает энергию, смертность от заболевания коронарных сосудов низкая. Вместе с тем, установлено, что пищевой расход холестерола сравнительно мало влияет на уровень его в плазме. Наиболее интересные сведения о важности LDL-холестерола получены при изучении человека и животных, имеющих полное или частичное отсутствие клеточных мембранных холестероловых рецепторов. Многие клетки обладают рецепторами, которые распознают апопротеиновую часть LDL-молекулы. Молекулярная структура LDL-рецептора определена. Механизм, который контролирует ее синтез, и перемещение на клеточную мембранную поверхность достаточно изучен. Большинство различных молекулярных аномалий наследуется как аутосомальный доминантный признак. Дальнейшие исследования показали, что насыщенность LDL-холестеролом особенно увеличена (свыше 8 ммоль/л) у гетерозиготных больных, особенно у тех, кому 40-50 лет и имеются заболевания коронарных сосудов. Гомозиготные больные, которые встречаются очень редко (приблизительно 1 на 1 млн. жителей), с дефицитом рецепторов, обычно умирают в детском подростковом возрасте от атеросклеротических поражений коронарных сосудов сердца. Точный механизм, посредством которого повышенный уровень LDL-холестерола ускоряет развитие атеросклероза, еще не определен. Высокий уровень холестерола, циркулирующего в крови может повысить содержание холестерола в мембранах эндотелия. Повышение его в мембранных структурах ведет к снижению их упругости и предрасполагает к повреждению. В настоящее время доказано, что когда LDL-холестерол окисляется макрофагами, адгезированными на эндотелии сосуда, свободные радикалы могут повреждать подлежащие гладкомышечные клетки. Кроме того, хроническая гиперхолестеролемия способствует повышению секреции эндотелием в огромных количествах факторов роста, таких как PDGF.

Интерес отечественных специалистов, таких как Исмаилова Д.А., Агзамова А.И., Шукурова Б.И. привлекло исследование с обменом высокомолекулярного липопротеида HDL-холестерола. Авторы обратили внимание на то что, HDL-холестерол вовлекается в холестероловый транспорт, направляясь из периферических тканей в печень. В изучаемой литературе приведено несколько достоверных эпидемиологических исследований, в которых показано, что высокое содержание HDL-холестерола в клетках печени связано с понижением риска развития атеросклеротических изменений коронарных сосудов сердца. Клиницисты считают исследования в этом направлении перспективными [11,18].

По мнению авторов, несмотря на то, что содержание триглицеридов в крови относится к слабым факторам риска развития атеросклероза, необходимо учитывать его, поскольку наследственные аномалии липидного метаболизма связаны с повышенным уровнем холестерола и триглицеридов.

Учёные в ходе своих экспериментов проводили гистологические исследования атероматозных изменений у человека и животных, и обратили внимание на тот факт, что фибрин и тромбоциты относятся к важным составным частям ранних повреждений. Авторы считают, что на сегодня существуют веские доказательства, что повышенный риск ИБС связан с повышением уровня фактора свертывания VII. Ранние изменения тромботической формации включают активацию тромбоцитов с последующей адгезией к субэндотелиальному коллагену. Агенты, стимулирующие активацию тромбоцитов - это коллаген, тромбин, тромбоксан А2, аденозин фосфат, норадреналин (агенты-вазопрессоры). Сейчас известно, что эти факторы стимулируют гликопротеиновые рецепторы на мембранах тромбоцитов. Полное название этих рецепторов - тромбоцитарный гликопротеин IIB/IIIA. Малые дозы аспирина, которые назначаются больным с клиническими проявлениями атеросклеротических поражений коронарных сосудов и имеющие несомненно целебный эффект, ингибируют действие тромбоксана А2. В настоящее время авторы продолжают поиски других методов ингибирования рецепторов гликопротеина IIВ/IIIА [11,18].

1.2 Классификация, клиническое течение, осложнения атеросклероза сосудов

В современной медицинской практике нет однозначного подхода к классификации атеросклероза. Наиболее значимыми являются работы Мясникова А.Л. и Покровского А.В.

Классификация атеросклероза по А.Л. Мясникову [34].

. По происхождению - клинико-патогенетические формы:

 Гемодинамические (при артериальных гипертензиях и других сосудистых нарушениях).

 Метаболические (при наследственно-конституциональных нарушениях липидного обмена, алиментарных нарушениях, при эндокринных заболеваниях - сахарном диабете, гипотиреозе, при заболеваниях почек и печени).

 Смешанные.

. По локализации:

 Атеросклероз аорты - систолическая гипертензия, аневризма аорты, тромбоэмболии большого круга кровообращения.

 Атеросклероз прецеребральных и церебральных артерий - хроническая недостаточность церебрального кровообращения, инфаркт мозга (ишемический инсульт).

 Атеросклероз коронарных артерий - ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда, нарушения ритма сердца, сердечная недостаточность, внезапная смерть).

 Атеросклероз почечных артерий - вазоренальная артериальная гипертензия, нефросклероз.

 Атеросклероз мезентеральных артерий - синдром брюшной жабы, инфаркты кишечника.

 Атеросклероз сосудов нижних конечностей - перемежающаяся хромота, гангрена пальцев и стоп.

По клиническим проявлениям А.Л. Мясников выделяет периоды и стадии заболевания [34]:

1. Начальный период (доклинический).

2. Период клинических проявлений, который состоит из стадий:

 ишемической стадии;

 некротической (тромбонекротической) стадии;

 фиброзной (склеротической) стадии.

При рассмотрении классификации по Покровскому А.В., клинические особенности заболевания обусловлены чередованием трех основных фаз [35]:

 прогрессирование процесса;

 стабилизации атеросклеротического процесса;

 регрессирование процесса.

Волнообразность течения атеросклероза, по мнению этого автора, обусловлена, прежде всего, морфологическими изменениями и заключается в наслоении липидоза на старые изменения - липосклероза, атероматоза и атерокальциноза. При регрессировании процесса возможно частичное рассасывание липидов при помощи макрофагов. При дальнейшем исследовании заболевания данный автор выделяет осложнения атеросклероза и независимо от локализации атеросклеротических изменений различает две группы осложнений: хронические и острые.

По мнению Покровского А.В. хронические осложнения атеросклероза обусловлены, прогрессированием роста атеросклеротической бляшки, которая выпячиваясь внутрь сосуда, и ведет к сужению его просвета (стенозирующий атеросклероз) и нарушению кровоснабжения дистально расположенных органов и систем. Поскольку формирование бляшки в сосудах процесс медленный, возникает хроническая ишемия в зоне кровоснабжения данного сосуда, что сопровождается гипоксией, дистрофическими и атрофическими изменениями в органе и разрастанием соединительной ткани. Медленная окклюзия сосудов ведет в органах к мелкоочаговому склерозу [35].

Острые осложнения атеросклероза обусловлены возникновением трех основных составляющих: образованием тромба и последующим развитием тромбоэмболических нарушений в сосудах и выраженным их спазмированием. В данном случае, возникает уже острая окклюзия сосудов, сопровождающаяся острой сосудистой недостаточностью, что ведет к развитию ишемии и инфаркту различных органов и тканей (например, инфаркт миокарда, серое размягчение мозга, гангрена конечности). Иногда может наблюдаться разрыв аневризмы сосуда со смертельным исходом.

В зависимости от преимущественной локализации атеросклеротических изменений в сосудах, осложнений и исходов, к которым он ведет, Покровский А.В. выделяет следующие клинико-анатомические его формы [35]:

 атеросклероз аорты;

 атеросклероз венечных артерий сердца (ишемическая болезнь сердца);

 атеросклероз артерий головного мозга (цереброваскулярные заболевания);

 атеросклероз артерий почек (почечная форма);

 атеросклероз артерий кишечника (кишечная форма);

 атеросклероз артерий нижних конечностей.

В своих работах автор даёт определение каждой клинико-анатомической форме [35]:

. Атеросклероз аорты - это самая частая форма атеросклероза. Наиболее резко атеросклеротические изменения выражены в брюшном отделе и характеризуются обычно атероматозом, изъязвлениями, атерокальцинозом. В результате тромбоза, тромбоэмболии и эмболии атероматозными массами при атеросклерозе аорты часто наблюдаются инфаркты (например, почек) и гангрены (например, кишечника, нижней конечности). При атеросклерозе в аорте часто развиваются аневризмы. Различают цилиндрическую, мешковидную, грыжевидную аневризм аорты. Образование аневризмы опасно ее разрывом и кровотечением. Длительно существующая аневризма аорты приводит к атрофии окружающих тканей (например, грудины, тел позвонков).

Атеросклероз венечных артерий сердца лежит в основе ишемической его болезни. Атеросклероз артерий головного мозга является основой цереброваскулярных заболеваний. Длительная ишемия головного мозга на почве стенозирующего атеросклероза мозговых артерий приводит к дистрофии и атрофии коры мозга, развитию атеросклеротического слабоумия.

При атеросклерозе почечных артерий сужение просвета бляшкой обычно наблюдается у места ответвления основного ствола или деления его на ветви первого и второго порядка. Чаще процесс односторонний, реже - двусторонний. В почках развиваются либо клиновидные участки атрофии паренхимы с коллапсом стромы и замещением этих участков соединительной тканью, либо инфаркты с последующей организацией их и формированием втянутых рубцов. Возникает крупнобугристая атеросклеротическая сморщенная почка (атеросклеротический нефросклероз), функция которой страдает мало, так как большая часть паренхимы остается сохранной. В результате ишемии почечной ткани при стенозирующем атеросклерозе почечных артерий в ряде случаев развивается симптоматическая (почечная) гипертония.

Атеросклероз артерий кишечника, осложненный тромбозом, ведет к гангрене кишки с последующим развитием перитонита. Чаще страдает верхняя брыжеечная артерия.

При атеросклерозе артерий конечностей чаще поражаются бедренные артерии. Процесс длительное время протекает бессимптомно благодаря развитию коллатералей. Однако при нарастающей недостаточности коллатералей развиваются атрофические изменения мышц, похолодание конечности, появляются характерные боли при ходьбе - перемежающаяся хромота. Если атеросклероз осложняется тромбозом, развивается гангрена конечности - атеросклеротическая гангрена.

В хирургической практике наиболее частой локализацией атеросклеротического процесса является поражение сосудов нижних конечностей. В своих работах А.Л. Мясников даёт определение и описание облитерирующего поражения сосудов нижних конечностей. Констатирует факт, что данное заболевание сопровождается признаками нарушения кровообращения, а также симптомами, указывающими на развитие тех или иных трофических изменений тканей. По мнению А.Л. Мясникова, атеросклероз сосудов конечностей может поражать сосуды как верхних, так и нижних конечностей [34].

Если говорить об артериях верхних конечностей, то в данном случае стоит отметить, что чаще всего данная патология завладевает подключичной артерией. Симптомы при таком поражении практически отсутствуют. При заболевании артерий нижних конечностей поражению чаще всего подвергаются бедренные, большеберцовые, а также подколенные артерии.

Автор поясняет, что термин «облитерирующий» используется для описания заболеваний кровеносных сосудов, которые сопровождаются постепенным сужением артериального просвета, а также нарушением кровообращения. При облитерирующем атеросклерозе сужение сосудистого просвета является следствием увеличения, как объема, так и размеров образующейся атеросклеротической бляшки. Сужение может возникнуть и на фоне тромбоза либо кровоизлияния в основание бляшки. Атеросклероз сосудов представляет собой облитерирующий недуг, при котором наблюдается не только постепенное сужение просвета сосудов, но еще и весьма серьезное нарушение кровообращения по ним [34].

По мнению А.Л. Мясникова, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, как и многие другие формы данной патологии, весьма длительный промежуток времени не дает о себе знать, то есть возникает безо всяких симптомов. Первые признаки данной патологии дают о себе знать в момент серьезных нарушений кровообращения по сосудам. К самым явным признакам данного недуга можно отнести болевые ощущения, которые возникают во время ходьбы. Данный симптом довольно часто именуют «перемежающейся хромотой», так как больные при наличии таких болевых ощущений во время ходьбы начинают хромать. Развитие таких болевых ощущений обусловлено недостаточным количеством кислорода в области работающих мышц. А кислорода не хватает только потому, что в данные области не попадает достаточное количество крови из-за нарушенного в них кровообращения [34].

Артериальная недостаточность при наличии данной патологии не только не дает возможности нормально функционировать ногам, но еще и вызывает формирование целого ряда трофических нарушений. К возможным трофическим нарушениям можно отнести как атрофию мышц, так и выпадение волос на ногах, бледность кожного покрова, развитие трофических язв, утончение кожи, возникновение гангрены, деформацию и чрезмерную ломкость ногтей.

Классификация артериальной недостаточности нижних конечностей по исследованиям А.Л. Мясникова выделяет четыре стадии возникновения нарушений кровоснабжения ног [34]:

Первая стадия - болевые ощущения в области нижних конечностей отмечаются только в случае чрезмерной физической нагрузки (ходьба более одного километра).

Вторая стадия - боль чувствуется уже на расстоянии до двухсот метров;

Третья стадия - болевые ощущения могут возникнуть на расстоянии в двадцать пять метров либо в состоянии покоя.

Четвертая стадия - возникают трофические язвы и гангрены ног.

Еще одним явным симптомом данного заболевания автор считает отсутствие пульса на артериях ног. Прощупываться он должен в подколенной ямке, на бедре, а также позади внутренней лодыжки.

Синдром Лериша, одна из разновидностей заболевания атеросклероза сосудов нижних конечностей, была описана французским хирургом R. Н.М. Leriche в 1879-1955 году. Это заболевание, по мнению автора, дает о себе знать в случае развития тромбоза конечной части брюшной аорты, а также подвздошных артерий. В данном случае отмечается явное нарушение кровообращения в артериях ног, а также малого таза. Самой частой причиной развития данного синдрома является атеросклероз аорты. Признаки данного синдрома практически полностью повторяют симптомы атеросклероза ног. Самым явным из них автор считает перемежающуюся хромоту. У мужчин на фоне данной патологии может развиться импотенция. Облитерирующий атеросклероз ног может спровоцировать возникновение гангрены.

Диагноз в большинстве случаев устанавливают на основании осмотра пациента, пальпации и аускультации сосудов, а также результатов инструментальных методов исследования. Отмечаются изменение окраски кожи нижних конечностей, гипотрофия мышц, снижение кожной температуры. При IV степени ишемии появляются язвы и очаги некроза в области пальцев и стоп. При пальпации отсутствует пульсация бедренной артерии. В случаях окклюзии брюшной части аорты не определяется ее пульсация на уровне пупка. При аускультации выслушивается систолический шум над бедренной артерией в паховом сгибе, по ходу подвздошной артерии с одной или с обеих сторон и над брюшной частью аорты. Отсутствие пульсации артерий конечности и систолический шум над сосудами являются основными признаками Лериша синдром. На нижних конечностях АД аускультативно не определяется.

1.3 Диагностика, лечение, профилактика атеросклероза сосудов

Даниленко М.В., при проведении исследований предложил три этапа обследования пациентов с заболеванием атеросклероз сосудов для постановки уточнённого диагноза [11]:

Первый этап диагностики включает в себя лабораторные исследования крови, мочи, биохимический анализ крови, с определением уровня холестерина и липопротеидов. Холестерин и липопротеиды (ЛП) и принимают основное участие, как в формировании атеросклеротических бляшек, так и в их обратном развитии - регрессии (исчезновении) атеросклероза. Происходит это потому, что липопротеиды весьма неоднородная группа. Выделяют 5 классов липопротеидов, наиболее важны из которых три: альфа-ЛП (или липопротеиды высокой плотности), бета-ЛП (или ЛП низкой плотности) и пре-бета-ЛП (или липопротеиды очень низкой плотности). Бета-ЛП и пре-бета-ЛП вызывают и ускоряют атеросклероз - оказывают атерогенное действие, а альфа-ЛП замедляет развитие атеросклероза и вызывает его регрессию - оказывает антиатерогенное действие.

Вторым этапом осуществляется генетическое обследование на атеросклероз. Скрининговым способом или путем развернутого генетического обследования, возможно, выявить, как риск развития атеросклероза, так и предрасположенность ко многим другим заболеваниям, сопровождающим атеросклероз: ишемической болезни сердца, инфаркту миокарда, инсульту, тромбозам, ожирению, сахарному диабету и т.д. Большинство распространенных заболеваний «предопределены» в наших генах. С помощью генетического анализа можно достоверно узнать, носителем какого генотипа пациент является, значит, и определить прогноз развития атеросклероза на фоне лечения и без него. Генетический анализ выполняется всего один раз, так как результат исследования не меняется на протяжении всей жизни!

Третьим этапом обследования является функциональная диагностика органов-мишеней, прежде всего - сердечнососудистой системы, проведение которой, главным образом, показывает, имеются ли у пациента атеросклеротические поражения сосудов и сердца и если имеются, то где и какова степень их выраженности. Наиболее точным и наименее опасным современным диагностическим методом выявления бессимптомного атеросклероза является ультразвуковое ангиосканирование артерий (УЗАС, УЗДГ). Методика позволяет оценить эластические свойства сосудистой стенки, ее структуру, плотность, наличие патологических включений. При атеросклерозе, даже на начальных стадиях, отмечается уменьшение эластичности сосудов, утолщение сосудистой стенки, увеличение скорости кровотока. Проведение электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии (ЭХоКГ) холтеровского 24-часового мониторирования в комплексе показывают, связаны ли жалобы с ишемией миокарды, нарушениями сердечного ритма, колебаниями артериального давления и так же улавливают признаки атеросклеротического поражения сердца.

Автор считает, что в зависимости от клинических форм атеросклероза и их выраженности, в лечении пациента могут принимать участие различные специалисты: терапевт, кардиолог, ангиохирург, кардиохирург, невролог, эндокринолог, гомеопат, физиотерапевт и другие. Полученные результаты обследования позволяют сформулировать диагноз, рассчитать прогноз и рекомендовать индивидуальную программу профилактики и лечения атеросклероза [11].

Лечение атеросклероза сосудов - очень сложная задача. Нет лекарственных препаратов, которые могут помочь всем и сразу. У каждого пациента могут быть свои особенности течения заболевания. Лечение атеросклероза длительное, практически пожизненное, требующее значительных экономических затрат.

Авторы такие, как Дубикайтис А.Ю., Конюхова С.Г., Белоцерковский М.В. выделяют шесть путей воздействия на болезнь [12]:

 Уменьшить поступление холестерина в организм.

 Уменьшить синтез холестерина в клетках органов и тканей.

 Увеличить выведение из организма холестерина и продуктов его обмена.

 Снизить перекисное окисление липидов.

 Применить эстрогензамещающую терапию у женщин в период менопаузы.

 Воздействовать на возможные инфекционные возбудители.

Уменьшить поступление холестерина в организм можно при помощи диеты, исключения из рациона питания продуктов, содержащих жиры и холестерин. Об этом речь пойдет ниже, поскольку такая диета одновременно служит и лечению и профилактике атеросклероза.

Авторы считают, что для того, чтобы проводить медикаментозное лечение, необходимо сначала получить данные биохимического анализа крови. Это позволяет уточнить содержание в ней холестерина и различных фракций липидов [12].

Специалисты описывают для снижения холестерина четыре группы препаратов [12]:

 Первая группа препараты никотиновой кислоты. Достоинство этих препаратов - низкая цена. Однако для достижения эффекта требуются большие дозы 1,5-3 г в сутки, что в пересчете на имеющиеся в аптеках таблетки никотиновой кислоты составляет 30-60 таблеток по 0,05 г. При приеме такого количества таблеток может возникнуть чувство жара, головные боли, боли в желудке. Не рекомендуется принимать никотиновую кислоту натощак и запивать горячим чаем или кофе. Никотиновая кислота эффективно снижает уровень холестерина и триглицеридов в крови, повышает уровень антиатерогенных липопротеинов высокой плотности. Однако такое лечение противопоказано пациентам с заболеваниями печени, так как никотиновая кислота может вызвать нарушение работы печени и жировой гепатоз.

 Вторая группа фибраты. К этой группе относятся такие препараты как гевилан, атромид, мисклерон. Они снижают синтез жиров в организме. Они тоже могут нарушать работу печени и усиливать образование камней в желчном пузыре.

 Третья группа секвестранты желчных кислот. Они связывают желчные кислоты в кишечнике и выводят их. А поскольку желчные кислоты это продукт обмена холестерина и жиров, то тем самым снижают количество холестерина и жиров в крови. К этим препаратам относятся холестид и холестирамин. Все они неприятны на вкус, поэтому обычно рекомендуется запивать их соком или супом. При применении секвестрантов желчных кислот могут быть запоры, метеоризм <http://medinfa.ru/12/meteorizm/> и другие нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта. Кроме этого они могут нарушать всасывание других лекарств, поэтому другие лекарства надо принимать за 1 час или через 4 часа после приема секвестрантов желчных кислот.

 Четвёртая группа статины. Действуют на сильное снижение холестерина и жиров в крови. Эти препараты уменьшают производство холестерина самим организмом человека. К этой группеотносятся: зокор, мевакор, правахол, лескол. Назначают эти препараты один раз в день, вечером, так как ночью усиливается выработка холестерина. Эффективность статинов доказана многими исследованиями.

Так же специалисты описывают, направление лечения атеросклероза сосудов на снижение агрегации тромбоцитов, (антитромбоцитарное) к этим препаратам относятся аспирин и клопидогрель, действие препаратов позволяет уменьшить агрегацию (слипание) тромбоцитов и вероятность тромбообразования. Назначаются малые дозы аспирина (75-325 мг в день), для профилактики развития инфаркта и инсульта у пациентов с заболеванием атеросклероз артерий нижних конечностей.

Антикоагулянтная терапия позволяет предотвратить внутрисосудистое свертывание крови и тромбообразование. Специалисты используют две группы препаратов: прямые антикоагулянты гепарин, фрагмин, фраксипарин и непрямые варфарин. Антикоагулянты назначаются пациентам с заболеванием облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей в случае высокого риска тромбообразования.

В сочетании с медикаментозным лечением атеросклероза сосудов используют физиотерапевтическое лечение:

 Токи Бернара.

 Импульсная баротерапия.

 Гипербарическая оксигенация.

 Магнитотерапия .

 УФО крови.

 Лазерная модификация крови.

 Плазмофорез .

Профилактика атеросклероза сосудов представляет собой одну из наиболее важных и трудных задач теоретической и практической медицины. Громадное значение имеют рациональное воспитание с детского возраста, соблюдение гигиенического режима, правильное чередование труда и отдыха, достаточная физическая нагрузка (гимнастика, спорт), особенно для людей занимающихся умственным трудом, спокойная обстановка на работе и в быту, достаточный сон. Рациональное питание со значительным количеством растительной пищи и отказ, особенно с юношеских лет, от таких вредных привычек, как курение и употребление алкоголя.

Покровский А.В. в своих работах рекомендует придержаться принципам антиатерогенной диеты, которая направлена на [35]:

 снижение калорийности пищи, ограничение сахара и легкоусвояемых углеводов;

 ограничение жиров животного происхождения за счет увеличения растительных жиров (растительные масла). Следует помнить, что животных жиров много в молочных продуктах, в частности в сырах;

 употребление морепродуктов (скумбрия, сардины, ледяная, палтус и др.), содержащих вещества, снижающие уровень холестерина;

 употребление продуктов растительного происхождения, содержащих клетчатку (овощи, фрукты, некоторые крупы). Эти продукты снижают всасывание холестерина в кишечнике.

Помимо этого в программу реабилитации пациентов с заболеванием атеросклероз включены: бег трусцой, ускоренная ходьба, плавание, лыжи и другие легко переносимые нагрузки, уровень которых необходимо согласовать с врачом. Устранением факторов риска бывает достаточным для нормализации уровня холестерина и профилактики атеросклероза, однако иногда требуется назначение специальных препаратов или применение дополнительных лечебных методов.

В первой главе дипломной работы были обобщены основные теоретические аспекты ведения пациентов с заболеванием атеросклероза сосудов. Атеросклероз как заболевание изучался с начала XIX века. История изучения данного заболевания развивалась по мере развития медицины, как науки. Существовали различные методологические подходы к изучению данного заболевания. Отечественные учёные внесли весомый вклад в изучение атеросклероза. Работы таких авторов, как Мясников, Покровский, Шукуров, Исмаилов и др. востребованы в практическом здравоохранении и применяются в различных странах.

На сегодняшний момент выделяют две группы этиологических факторов развития атеросклероза - моделируемые и не моделируемые. Ведущее звено в патогенезе заболевания отводится уровню холестерина, ЛПНП, триглицеридов, которые во многом определяются ментальностью населения, этническими предпочтениями в питании, образом жизни. В зависимости от причин, локализации, стадии морфологических изменений выделяют различные клинические формы атеросклероза.

В хирургической практике наиболее часто встречается атеросклеротическое поражение сосудов нижних конечностей. Современная медицинская практика накопила значительный опыт по диагностике, лечению и профилактике осложнений атеросклероза. Но эффективное ведение пациентов, можно обеспечить включением в процесс лечения различных специалистов - через создание полипрофильных бригад специалистов.

# **ГЛАВА 2. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

2.1 Способы развития профессиональной компетентности

Повышение уровня подготовки медицинских специалистов одна из важнейших акмеологических задач. Медицинский работник - центральная фигура научно-педагогического прогресса, от его самостоятельности, профессиональной компетентности, готовности к постоянному самообучению в огромной степени зависит реализация решаемых страной задач. Медицинская профессия становится не только одной из самых массовых, но и одной из важнейших по степени влияния медицинского труда на общество [10].

Министерство Здравоохранения определило определенные требования, которые в обобщенном виде можно представить следующим образом:

 устойчивое, осознанное и позитивное отношение к своей профессии, сфере деятельности, стремление к постоянному личностному и профессиональному совершенствованию и развитию своего интеллектуального потенциала;

 профессиональная компетентность, овладение всей совокупностью необходимых в трудовой деятельности фундаментальных и специальных знаний и практических навыков;

 владение методами моделирования, прогнозирования и проектирования, а также методами исследований и испытаний, необходимых для создания новых интеллектуальных и материальных ценностей;

 понимание тенденций и основных направлений развития техники и технологии, научно-технического прогресса в целом;

 высокая коммуникативная готовность к работе в профессиональной и социальной среде;

 целостность мировоззрения, ориентация на здоровый образ жизни личности специалиста, как представителя, относящегося к интеллигенции социально-профессиональной группы и т. п.

Позитивное развитие общества зависит от того, насколько медицинская деятельность определяется способностью оперировать сложными системами, в которых собственно «медицинское» является фрагментом целого и отвечает критериям социальной, экологической приемлемости, структурной и этической совместимости технологии с общественными запросами и возможностями. Медик уже сейчас должен обладать не только медицинскими знаниями, которые к тому же очень быстро устаревают, но и психологическими основами, используемыми для общения с подчиненными [10].

Качество подготовки медицинских кадров, адекватных потребностям современного производства зависит от организации учебного процесса. Такая ситуация определяет акмеологический аспект актуальности изучения проблем формирования и развития профессиональной компетентности специалистов.

Татур Ю.Г. [15] считал, что, компетентностью специалиста можно назвать применение своих практических и теоретических навыков для успешной творческой и профессиональной деятельности. Эта деятельность, как правило, осуществляется в коллективе разнопрофильных специалистов, объединяющих свои усилия в решении медицинских задач, находящихся на стыке нескольких наук. Основу медицинской деятельности составляет творческий процесс проектирования новейших образцов современных медицинских методов. Для ускорения адаптации выпускника в медицинском учреждении необходимо, чтобы он уже в вузе овладел профессиональными моделями деятельности. Но овладеть моделями деятельности можно только в процессе этой деятельности. Это требование может быть организовано при организации профессионально ориентированной творческой самостоятельной работы (TCP) студентов, в частности, в таких ее видах, которые основаны на упрощенных моделях медицинской деятельности: сестринских картах; сюжетных открытых уроках; практиках проходящих в специализированных лечебных учреждениях; учебно- и научно-исследовательских работах и дипломном проектировании.

Для достижения больших успехов в образовании медицинских работников необходимо выйти на высший уровень непрерывного профессионального образования. В соответствии с задачами образовательной работы на основе структурно-функционального анализа деятельности специалистов, выделили комплекс профессиональных умений и структурно -профессиональную компетентности, исходя из которой, был определен состав функциональных компонентов акмеологической системы. В качестве ведущих компонентов деятельности медиков выступают гностический, конструктивный и организаторский компоненты [24].

В соответствии с научной концепцией, разработанной Н.В. Кузминой, были выделены структурные и функциональные компоненты рассматриваемых акмеологических систем и взаимосвязи структурных компонентов с образом результата профессионального развития специалиста.

Эти же авторы (Н.В. Кузьмина, А.А. Деркаче) в структуре профессиональной компетентности выделяют несколько компонентов, достойных пристального внимания, с точки зрения личностного развития:

Дифференциально-психологическая компетентность (проницательность) - знание индивидуальных особенностей коллег (психологических и типологических отличий, знание ведущих мотивов деятельности и ее направленности, профессиональных способностей) и умение разрабатывать продуктивные стратегии индивидуального подхода в работе с ними.

Социально-психологическая компетентность - знание типологических отличий, особенностей поведения, деятельности и отношений специалистов в коллективе. Способность эффективно взаимодействовать с окружающими людьми в системе межличностных отношений (взаимодействие в профессиональной группе, между группами, с людьми в социуме). Умение работать в команде.

Аутопсихологическая компетентность - осведомленность специалиста о способах самосовершенствования, а также о сильных и слабых сторонах своей собственной личности и деятельности, и о том, что и как нужно сделать, чтобы повысить качество своей работы.

Акмеологическая компетентность - знание критериев и факторов движения к вершинам профессионализма и создание акмецелевых программ достижения вершин профессиональной деятельности.

Специальная компетентность - знание инновационных технологий, методов решения профессиональных задач и умение применять свои знания в практической деятельности, развивая и совершенствуя. Специальная компетентность предполагает осведомленность специалиста в своей научно-технической области и в смежных областях, аккумулирование знаний и применение их на практике.

Управленческая компетентность - знание современных технологий и методов управления и умение эффективно применять их в практической деятельности, развивая и совершенствуя [14].

В качестве рабочего инструмента для исследования и развития профессиональной компетентности студентов и специалистов была разработана автоматизированная система акмеологической диагностики (АСАД), которая состоит из комплекса методик условно разделенных на семь модулей. В исследованиях, проведенных с использованием автоматизированной системы акмеологической диагностики, было получено множество различных результатов, которые могут быть использованы современными специалистами. Авторами выявлены личностные особенности специалиста, способствующие и мешающие продуктивной деятельности. Построены профили личностей для различных специальностей. Выделена система профессиональных умений, разработаны модели компетентности специалистов и руководителей. Исследована динамика изменения в процессе производственной и учебной деятельности моделей поведения, оказывающих наибольшее влияние на формирование индивидуального стиля профессиональной деятельности. Установлено, что учебная и производственная деятельность оказывает влияние и на формирование доминирующего стиля мышления и формы личности студента и специалиста. Исследована динамика развития профессиональной компетентности специалиста в вузе и на производстве: особенности изменения его психологических характеристик; динамика развития творческих способностей, творческих потенциалов, профессиональных умений, деловых и личностных качеств, управленческих способностей и профессиональных компетенций. Разработана система заданий для творческой самостоятельной работы студентов и специалистов с использованием АСАД, способствующая развитию профессиональной компетентности и формированию эффективных моделей профессиональной деятельности, позволяющая достичь желаемого образа результата, обеспечивающего творческую готовность студента и специалиста к самодвижению к вершинам профессионализма и к самостоятельной разработке на основе самоанализа программы самосовершенствования.

Использование автоматизированной системы на предприятиях и в вузах позволило осуществить личностный подход к подготовке специалистов, способствовало развитию их профессиональной компетентности, позволило наблюдать динамику профессионального развития специалиста в вузе и на производстве.

Компетентность специалиста проявляется в процессе профессиональной деятельности при решении конкретных производственных задач. В настоящее время критическим фактором становятся не только профессиональные знания, но и некоторые личностные характеристики, которые связаны с эффективными коммуникациями, кооперацией с людьми, мотивацией, созданием команд и умением работать в них. Современное наукоемкое производство предполагает совместную коллективную деятельность специалистов смежных областей, перед руководителем возникает сложная задача организации эффективной работы команды высококвалифицированных специалистов. Для успешной инновационной профессиональной деятельности наряду со специальной и управленческой компетентностью все большую роль играет уровень развития у специалистов и руководителей социально-психологической, дифференциально-психологической, аутопсихологической и акмеологической компетентности [42].

Существующая система подготовки специалистов в вузе не уделяет достаточного внимания развитию этих видов компетентности и формированию коммуникативных организаторских умений, необходимых специалистам для эффективной работы в команде.

Для разработки стратегии развития профессиональной компетентности и формирования умений в вузе первоначально были исследованы трудности, испытываемые студентами при овладении профессиональными умениями, исходя из которых, намечены пути совершенствования организации творческой деятельности студентов. В результате корреляционного анализа было определено наличие связей (на 1 % уровне значимости) между трудными в овладении умениями и выявлены клики корреляционного графа. Наибольшее число связей оказалось среди гностических, конструктивных и организаторских умений. В корреляционном графе выделилось несколько клик трудных для студентов умений. В первую клику вошли умения, необходимые для разработки модели функционирования объекта, во вторую клику объединились умения, связанные с выбором модели и метода решения, в третьей клике оказались умения, необходимые для реализации конкретной модели, в четвертую клику вошли умения, необходимые для организации выполнения работы [41].

Чрезмерная индивидуализация тем заданий и методически необоснованное использование компьютерных технологий (КТ) приводят к тому, что общение между студентами в процессе выполнения работы практически отсутствует. Использование в учебном процессе КТ [5] без учета большой роли образных компонентов в мышлении человека затрудняет анализ полученных результатов и отрицательно сказывается на развитии творческого мышления у студентов. В связи с тем, что эти трудности нередко недооцениваются преподавателями, формирование профессиональных умений не контролируются ими и не учитываются при защите заданий, поэтому отсутствуют благоприятные условия для перестройки деятельности студентов в нужном направлении.

Одним из путей устранения существующих недостатков в подготовке специалистов для современного производства может быть организация процесса обучения, учитывающая:

 особенности деятельности инженера и трудности, имеющие у студентов при овладении профессиональными умениями;

 постепенное овладение профессиональными моделями деятельности при выполнении в курсовом проекте учебно - и научно-исследовательских работах и дипломном проекте системы взаимосвязанных заданий, обеспечивающих «спиралеобразное» формирование профессиональных умений;

 сочетание индивидуальных форм деятельности в TCP с групповой;

 более раннюю профессиональную направленность в TCP;

 проблемный характер заданий, способствующий развитию познавательной активности;

 направленное формирование мотивов, способствующих успешности профессиональной деятельности;

 в заданиях для TCP - развитие образных компонентов мышления у студентов;

 направленное развитие в TCP профессиональной компетентности [41].

Данная стратегия была реализована при организации творческой деятельности в студенческих конструкторских бюро Новосибирского государственного технического университета и Санкт-Петербургского государственного университета телекоммуникаций [22]. Для организации TCP создавались условия, способствующие развитию профессиональной компетентности и овладению профессиональными моделями деятельности.

С этой целью педагогами использовались различные методы:

 методы моделирования исследовательской деятельности;

 методы формирования мотивации;

 методы стимулирования познавательной деятельности для создания благоприятного психологического климата;

 методы разъяснения студентам целей деятельности, специальной и профессиональной значимости каждого выполняемого ими задания (гуманитаризация образовательного процесса) [3].

Исследователи предъявляли определенные требования при выполнении заданий:

 применение исследовательского подхода;

 использование в работе тех знаний и умений, которые они получили при выполнении предыдущего задания;

 проведение всех видов исследования.

Результат данных полученных результатов показал, что системный подход к организации творческой самостоятельной работы студентов, при которой обеспечивается единство и преемственность ее целей, способствует развитию профессиональной компетентности и расширению числа положительных мотивов деятельности студентов. В конечном итоге, повышается качество подготовки специалистов в вузе.

Творческая самостоятельная работа студентов способствует развитию творческого мышления, индивидуальных способностей и профессиональной компетентности [25].

Она позволяет осуществлять подготовку инициативных специалистов, развивает научную интуицию, глубину мышления, творческий подход к восприятию знаний и практическое применение их для решения организационных, технических, прикладных задач и научных проблем, а также воспитывает у студентов умение работать в коллективе, т. е. все те профессиональные умения, которыми отличается подготовленный высококвалифицированный специалист.

Системный подход к организации TCP - эффективный способ и средство формирования и развития у студентов профессиональной компетентности, творческой мотивации, ответственности, активной созидательной жизненной позиции, создания предпосылок для самореализации личностных творческих способностей студентов, воспитания, формирования, развития профессионально важных качеств и умений, необходимых будущему квалифицированному специалисту - профессионалу и ученому в современных условиях. Творческая самостоятельная работа имеет большое значение в развитии компетентности специалиста и в овладении им профессиональными моделями деятельности [26]. Современные направления развития технопарков, при вузах с учетом системного подхода, позволяют выйти качественно более высокий уровень подготовки специалистов в вузе и развитие их профессиональной компетентности в процессе решения реальных научно-производственных задач [13].

2.2 Система непрерывного последипломного образования медицинских работников

Современная действительность требует активизации в системе дополнительного образования медицинских работников, а так же всего комплекса существующей учебной деятельности специалистов. Центры повышения квалификации ведут работу по совершенствованию существующих форм и методов образовательного процесса. За основу ими взяты основные положения Отраслевой программы развития сестринского дела в Российской Федерации и Территориальной концепции развития сестринского дела в области на 2006-2011 годы, а также основные принципы андрогогики [27].

Согласно одному из основных принципов андрогогики, акцент в последипломном образовании, делается на самостоятельном обучении. В связи с этим важным условием является высокая познавательная активность слушателей. Поэтому в учебных центрах были приняты меры для организации индивидуальной подготовки слушателей.

Специалист, ознакомившись с учебным планом сертификационного цикла, определяет долю самостоятельной подготовки и ее тематику, свое участие в том или ином учебном модуле, согласовав это с куратором цикла. Так, например, на сертификационных циклах «Сестринское дело в педиатрии» и др. слушателям предложено выполнить курсовые работы по сестринскому процессу. По окончании цикла проводится защита курсовых работ [41].

В целях максимальной эффективности образовательного процесса необходимо применять системный подход в обучении с опорой на практический опыт обучающихся. Большую пользу в этом, приносят учебные занятия, проводимые в виде конференций, в которых участвуют специалисты, обучающиеся на различных циклах.

Для того чтобы процесс обучения был эффективным, необходимо использовать личностно-ориентированный подход. В плане индивидуализации обучения в учебном центре вводятся разнообразные формы входного тестового контроля, позволяющие диверсифицировать слушателей по исходному уровню профессиональных знаний, умений и навыков [41].В частности, впервые разработаны и апробированы адаптивные тестовые задания на цикле «Сестринское дело в наркологии». Программа обучения на циклах одна, и требования Государственных образовательных стандартов последипломного обучения единые. В данном случае речь идет об индивидуальном образовательном плане для специалистов, имеющих различную квалификацию, опыт и стаж работы.

В рамках ежемесячных семинаров и лекций на базе учебного центра повышения квалификации проводятся лекции по актуальным вопросам сестринского дела в гастроэнтерологии, пульмонологии, кардиологии, эндокринологии [41].

Организована Школа медицинской сестры для медицинских сестер Мурманской области, которая проводится ежемесячно. На занятия в Школу приглашаются все желающие практикующие медицинские сестры. Тематика занятий в Школе определяется с учетом потребностей практического здравоохранения, региональных проблем и пожеланий самих медицинских сестер (Приложение 5).

Вопросам изучения психологии общения, деонтологических, правовых и экономических аспектов деятельности медицинских работников в рамках деятельности областного центра повышении квалификации отводится достаточно большое количество времени.

Для медицинских сестер - организаторов сестринского дела планируется курс занятий по психологии менеджмента, включающий не только вопросы психологии личности, психологии общения, но и такие разделы, как роль мотивации в управлении, психологическая диагностика в управлении.

На современном этапе высокоэффективным направлением совершенствования последипломного образования является дистанционное обучение. Практика показывает, что в этом случае обучение становится более гибким, не связанным жестким учебным планом и обязательными аудиторными мероприятиями. Это позволяет снизить экономические затраты на обучение, сочетать учебу с работой без отрыва от семьи. Для этой цели в учебном центре создается банк учебно-методической документации в электронном виде, который включает программу цикла, профессиональные и должностные требования к специалисту, тестовые задания, ситуационные задачи, технологии практической деятельности, учебные пособия. Все это помогает слушателям самостоятельно освоить материал и подготовиться к сдаче экзамена, который принимается выездными комиссиями [7].

Помимо этого весьма актуальным является введение дополнительного обучения, в частности, организация краткосрочных циклов тематического усовершенствования по актуальным для практического здравоохранения проблемам: по сестринскому процессу, неотложной помощи и др. [7].

Таким образом, в связи с реформированием здравоохранения и сестринского дела и в соответствии с основными положениями Территориальной концепции развития сестринского дела в Мурманской области в областном центре повышения квалификации намечены пути совершенствования системы последипломной подготовки специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием, а именно:

 постоянное повышение квалификации медицинских сестер с использованием всего многообразия форм и методов непрерывного последипломного образования;

 использование элементов накопительной системы последипломного образования при подготовке данной категории специалистов. В этой связи большую помощь могут оказать дополнительные циклы тематического усовершенствования по актуальным вопросам сестринского дела, очно-заочные и выездные циклы, использование элементов дистанционного обучения в образовательном процессе;

 организация постоянно действующих семинаров и Школ для медицинских сестер на базе Центров повышения квалификации и на страницах периодических местных или центральных медицинских печатных изданий, интеграции в практическую деятельность медицинских сестер необходимый объем новых знаний;

 диверсификация последипломного образования путем использования индивидуальных обучающих программ, ориентированных на конкретные образовательные потребности слушателей с учетом их практического опыта и уровня подготовки, возраста, квалификации [41].

Предложенные мероприятия по развитию последипломного образования позволят без больших материальных затрат обеспечить наше здравоохранение высококвалифицированными специалистами, ориентированными на достижение основных целей, стоящих перед здравоохранением в новых социально-экономических условиях, а нашим пациентам, в конечном итоге, гарантировать качественные уход и лечение.

2.3 Сестринская педагогика как функциональная направленность медицинской сестры

Огромная ответственность возлагается на современную медицинскую сестру, работающую с пациентами, за их здоровье. В настоящее время медицинская наука и практика накопили немало знаний о том, какой подход необходим к каждому пациенту индивидуально, однако, информации о современных методах работы медицинской сестры, явно недостаточно. Потребность современного общества в качественной медсестринской помощи подводит к необходимости подготовки медицинских сестер с определенными знаниями педагогики для работы в ЛПУ. Профессиональным медицинским сестрам необходимо иметь педагогическую компетентность, а также уметь мыслить, критически с пониманием подходить к специфическим нуждам пациентов и их семей [30].

Границы медсестринской деятельности, по мнению Матвейчик Т.В., определяются их обязанностями и способами их исполнения. В круг обязанностей медицинской сестры включена забота о людях, их обслуживании. «Забота - это система действий, направленная на удовлетворение жизненно важных потребностей человека». К таким потребностям относятся еда, питьё, дыхание, быть здоровым, отдых, игры и так далее. Автор считает, что формированию нового понимания осуществления сестринской деятельности в вопросах охраны здоровья пациента способствуют педагогические знания, которые дают представление о методах проведения профилактической работы с населением, способах и приемах популяризации здорового образа жизни [30].

Внедрение сестринского процесса в процесс обучения будущей медицинской сестры - надежда на то, что все усилия медицинской сестры будут направлены не только на лечение больных людей, но и на предупреждение болезней. Будущей медицинской сестре необходимо понимать логику действий, большую дальность предвидения в области здоровья. Медицинская сестра «не смотрит, а видит», то есть умеет наблюдать за поведением пациента и научит этому самих пациентов, анализировать, устанавливать причинно-следственные связи, чтобы определить: что можно изменить, что следует сделать, чтобы обеспечить предупреждение осложнения заболеваний и правильно, своевременно проводить профилактические действия [30].

Матвейчик Т.В, выделяет следующие задачи педагогики в сестринском деле:

 разработка теории и методики медико-образовательной деятельности;

 разработка системы воспитания здорового человека;

 воспитание осознанного отношения человека к вопросам своего здоровья.

Воспитание здорового человека осуществляется в единстве с умственным, нравственным, эстетическим и патриотическим образованием. Для того, чтобы решить эти задачи, педагогические действия направлены на понимание медицинской сестрой общих целей и задач воспитания, разбираться в содержании, методах и формах воспитания и обучения, умело применять педагогические знания в практике своей сестринской деятельности. По мнению автора, педагогическая наука играет значительную роль в новой программе подготовки специалистов по сестринскому делу. Роль педагогики заключается в том, что она побуждает рассматривать пациента, как в общественном, так и индивидуальном контексте, считать основной направленностью сестринского ухода заботу о людях, взаимодействующих друг с другом в рамках социальной среды. Педагогика в сестринском деле устанавливает влияние воспитания на формирование здоровой личности [30].

Иванова, В.И. считает, что сестринская педагогика является основой обучения пациента. Учение складывается из определенных действий, зависящих от того, какую функцию выполняет обучаемый (пациент или члены его семьи) в педагогической ситуации [17]:

Пассивного восприятия и освоения полученной извне информации.

Активного самостоятельного поиска и использования информации.

Организуемого извне, направленного поиска и использования информации.

В первом случае в основе научения лежит преподавание пациенту или членам его семьи готовой информации, готовых заданий и умений на основе методов: сообщение, разъяснение, показ и требование к определенным действиям пациента. Учение складывается из таких действий, как подражание, дословное или смысловое восприятие и повторение, воспроизведение, тренировка, упражнение по стандартам и правилам.

Во втором случае пациент (или члены его семьи) рассматриваются как субъект, формирующийся под воздействием собственных интересов и целей. Это вид естественного самонаучения, направленного на удовлетворение своих потребностей и интересов.

В третьем случае медицинская сестра организует внешние источники поведения (требования, ожидания, возможности) так, что они формируют необходимые интересы пациента (или членов его семьи), а уже на основе этих интересов пациент и (или), члены его семьи осуществляют активный отбор и использование необходимой информации. В основе научения в третьем случае лежит руководство процессом с помощью следующих методов: постановка сестринских проблем, обсуждение поставленных целей вместе с пациентом и членами его семьи, дискуссия, совместное планирование, действия пациента, оценка результатов, обсуждение проб и ошибок [17].

Автор под сестринскими методами (способами) обучения понимает последовательное чередование способов взаимодействия медсестры и пациента, направленное на достижение целей сестринского процесса посредством проработки учебного материала. Метод (по-гречески - «путь к чему-либо») - способ достижения цели, способ приобретения знания. В сестринской педагогике используются в основном методы традиционного обучения: объяснительно-иллюстративный и репродуктивный, основная сущность которых сводится, к процессу передачи готовых известных знаний пациентам или членам их семей с целью обучения [17].

Выбор методов зависит от следующих условий: содержания обучения, задач обучения, времени, которым располагает медсестра и пациент, особенностей пациента, наличия средств обучения. Медицинская сестра выбирает из общего набора методов те, которые наиболее способствуют решению конкретной обучающей задачи на конкретном этапе обучения. Особенностью сестринской педагогики является индивидуальный подход развития утраченных в связи с болезнью способностей пациента обслуживать себя, если нет для этого противопоказаний. На формирование умений и навыков, необходимых для восстановления здоровья пациента, и должны быть направлены практические действия медицинской сестры [17].

После выбора методов обучения, медицинская сестра организует процесс обучения, состоящий из формулировки мотива, построения плана (замысла, программы), исполнения (реализации), контроля и оценки процесса обучения, его качества и эффективности. Планирование обучения обсуждается совместно с пациентом, с учетом его индивидуальности, выбора времени обучения. А так же создает учебные ситуации, ставит ясные и однозначные задачи, которые характеризуются тем, что пациент или обучаемый получает задание на усвоение с учетом темпа обучения. Решение учебной задачи обеспечивается медицинской сестрой посредством учебных действий, которые принимаются обучаемым. Медицинская сестра осуществляет постоянный контроль деятельности обучаемых пациентов, переходящий в самоконтроль и оценку (самооценку). Активное участие пациента в процессе обучения поощряется медицинской сестрой с целью заинтересованности пациента в обучении. Всякое действие становится регулируемым только при наличии контролирования и оценивания в структуре деятельности.

По мнению Пшеничной Л.Ф., обучение считается эффективным, если медицинская сестра и пациент достигают поставленных целей по усвоению определенных знаний. Медицинской сестре при этом необходимо обладать коммуникативными навыками, педагогическим тактом, знать теоретические основы педагогики, психологии и других смежных дисциплин. Одна из задач сестринской практики заключается в предоставлении информации, ее объяснении и обеспечении ее понимания пациентами, таким образом, их знания углубляются. Процесс обучения в сестринской практике подразумевает взаимосвязанную деятельность медицинского работника и пациента. Результаты этой учебной деятельности во многом зависят от того, какой характер носит деятельность пациентов. Медицинская сестра руководит деятельностью пациента, чтобы он был убежден в необходимости данного вывода из знакомых ему фактов и явлений. Перефразируя слова А. Дистервега, можно сказать следующее: «Плохая медицинская сестра преподносит истину, хорошая - учит ее находить». Инструктируя пациента, когда ему следует принимать лекарства, медицинская сестра ставит цель научить его делать это в нужное время. Объясняя пациенту все положительные и отрицательные стороны манипуляции, медсестра подбирает убедительные примеры, иллюстрирующие значение процедуры в профилактике тех или иных заболеваний, в то же время предоставляет им право выбора. Большое значение в этом процессе имеет волевая и физическая активность пациентов, особенно когда речь идет о процессе обучения двигательным навыкам, навыкам самоухода. Активность связана с самостоятельностью мысли, действий, играет большую роль в принятии решений [39].

Автор утверждает, что при обучении пациентов медицинской сестрой реализация принципа сознательности и активности выражается в понимании пациентом необходимости овладения каким-то умением или навыком при условии, что пациент [40]:

 знает, что следует выполнить;

 представляет, как выполнить задание, способ выполнения, требования к технике выполнения;

 отдаёт себе отчет, для чего он это делает;

 понимает, почему именно следует делать так, а не иначе.

Принцип наглядности в просветительской деятельности медицинской сестры опирается на реальные представления пациента. Начинать познание необходимо с чувственного, конкретного восприятия, то есть с живого созерцания. Наглядное восприятие является начальным звеном процесса обучения. Памятки, плакаты, санитарные бюллетени - наглядные средства, которые использует медицинская сестра в своей повседневной работе. Показывая двигательные действия или действия по самоуходу, медсестра почти всегда предлагает пациентам попробовать выполнить их, чтобы тем самым привлечь для осознания свои двигательные ощущения; кроме того, привлекает все виды средств наглядности в процессе обучения пациентов (натуральные, объемные, изобразительные, символические, графические). Примерами изменения отношения и поведения людей к здоровому образу жизни в просветительской сестринской деятельности могут служить распространение мнения о том, что курение антисоциально, обучение людей, как бросить курить, просвещение по поводу «разумного» потребления алкоголя, соблюдения «правильной» диеты, пропаганда физических упражнений [40].

В процессе исследования, автор рассматривает каждую конкретную ситуацию и использует различные методы и средства обучения, которые оптимальным образом отвечают потребностям пациентов. В вопросах профилактики вредных привычек в одной ситуации используются методы, ориентированные на убеждение и изменение поведения, способствующее предупреждению заболевания и средства, наглядно иллюстрирующие отрицательное влияние курения на организм человека; в другой - методы и средства, побуждающие пациента обсудить эту проблему. Так реализуется принцип сочетания различных методов и средств обучения [40].

Пшеничная Л.Ф. считает, чтобы вызвать у пациента положительное отношение к учению, необходимо выполнить требования, которые предполагают соответствие предлагаемой пациенту информации возрасту, индивидуальным особенностям, уровню подготовленности пациента и времени. Для реализации принципа доступности информации, необходимо руководствоваться правилами: от известного к неизвестному, от близкого к далекому, от простого к сложному, от главного к второстепенному, от общего к частному. Принцип связи обучения с жизнью и практикой реализуется при подборе убедительных примеров, видеофрагментов, иллюстрирующих значение для здоровья пациента тех или иных знаний, умений или навыков [40].

Сестринское дело требует от медицинской сестры постоянного повышения уровня профессиональной компетентности и совершенствования знаний, умений и навыков. Опираясь на учебные пособия, современные технические средства обучения, старшие медицинские сестры сумеют управлять процессом обучения медицинских сестер в лечебно-профилактических учреждениях, направлять познавательную деятельность каждой из них, что должно обеспечить высокое качество обслуживания пациентов.

По мнению автора, если целью обучения медицинских сестер являются знания - сведения, то для усвоения материала можно ограничиться лекционными занятиями с последующей самостоятельной проработкой. Напротив, если целью изучения является формирование качественных знаний-умений, то она может быть достигнута только на практических занятиях. Практические занятия тоже не всегда обеспечивают управление с обратной связью, однако какая-то часть медицинских сестер, на каждом практическом занятии получает необходимое индивидуальное руководство. С этой точки зрения очень выигрышным является обучение в «малых группах». Возможна парная форма обучения, групповая, коллективная. Парные и групповые формы обучения традиционны. Коллективное обучение состоит в том, что учащиеся работают друг с другом в парах. Состав пар постоянно меняется. Допустим, в каждой паре есть спрашивающий и отвечающий. При изменении состава пар каждый обучающийся войдет в новую пару. Изменятся роли, отвечающий станет спрашивающим, а спрашивающий - отвечающим. При такой организации занятий каждый работает с каждым и может чему-то научиться: то, что знает один, будут знать все. Коллектив обучается под руководством квалифицированной медицинской сестры, владеющей знаниями основ педагогики [40].

Пшеничная Л.Ф. предлагает четыре педагогические функции медицинской сестры в сестринской практике [40]:

. Гностическая - прежде чем приступить к выполнению медицинских процедур, медсестра изучает режим труда и отдыха, домашние условия, поведение пациента, то есть проводит сестринское обследование. В ходе беседы медицинская сестра использует четыре основных метода ведения беседы: прямой вопрос, незавершенный вопрос, определение проблемы, решение проблемы.

. Информационная функция - объяснение, консультации, беседы - это те методы работы медсестры, которые она использует в своей ежедневной деятельности при уходе за пациентами, в профилактической работе.

. Инструктивно-методическая функция - это обучение пациентов приемам самоухода, способам приема различных процедур, консультации (индивидуальные, групповые по вопросам ухода, самоухода, профилактики вредных привычек, различных заболеваний), демонстрация последовательности всех операций, составляющих то или иное сложное действие, способ деятельности для пациента при самоуходе или родственников пациента при уходе за ним медицинская сестра использует разнообразные методы и средства для реализации поставленных целей.

. Коррективная и контрольная - показатели контроля служат главным основанием для суждения о результатах проведенного сестринского процесса. «Обратная связь» позволяет оценивать динамику состояния пациента, внести соответствующие коррективы.

На практике профессиональной деятельности медицинской сестры необходимы знания по применению существующих педагогических технологий обучения пациентов мерам профилактики заболевания. Особенность лечения многих хронических заболеваний состоит в том, что пациенту приходится в течение длительного времени, а иногда пожизненно самостоятельно проводить множество различных процедур и выполнять рекомендации. Для этого ему необходимо быть хорошо осведомленному о своём заболевании, и уметь самостоятельно менять тактику лечения в зависимости от конкретной ситуации. Для того чтобы правильно обучать пациента необходимо перенести в медицину принципы педагогики.

Для получения оптимального результата обучения необходимы:

 адекватное определение целей обучения;

 соответствующий отбор и обработка содержания;

 умелое использование всего спектра методов обучения, особенно активных.

Любая деятельность начинается с определения цели.

Цель - это ожидаемое желаемое состояние системы, обязательно предполагающее достижение заранее определенного результата.

При разработке целей обучения следует учитывать следующие принципы:

 жизненность - соответствие потребностям;

 реальность - соответствие исходному уровню знаний;

 диагностичность - цель формулируется таким образом, что можно объективно определить степень ее достижения, то есть существует возможность точной проверки степени ее реализации.

Соблюдение перечисленных выше принципов позволяет планировать качество с самого начала обучения. При планировании и реализации плана процессом обучения необходимо управлять. При этом необходимо помнить, что пациент при практической деятельности в 6-7 раз воспринимает полученную информацию эффективней, чем при проведении занятий в виде лекций, эффективность обучения более высока при практической деятельности. Информационная перегруженность выключает внимание пациентов и формирует негативное отношение к обучению.

Для осуществления обратной связи с пациентом необходим контроль. Понятие контроля, определение подготовки пациента к обучению, его заинтересованность, участие в процессе обучения. Необходимо использовать все этапы контроля: контроль исходного уровня знаний и умений, текущий контроль для оценки усвоения материала и итоговый контроль полученных пациентом знаний и умений. Успех обучения будет зависеть от формирования у пациента мотивации. Чем выше мотивация , тем эффективнее стремление пациента обучаться и выполнять необходимые действия. При проведении обучения необходимо включение элементов похвалы и одобрения, а также коррекцию неправильных ответов . Педагогические принципы обучения строятся на доступном изложении материала, активном участии пациента в тренировке и повторении узнанного. При проведении занятия необходимо создание открытой и доверительной атмосферы, в которой у пациента не должно сложиться ощущение себя недостаточно понимающим в восприятии полученной информации или слишком медлительным при практических занятиях.

По мнению Пшеничной Л.Ф., обучение пациентов можно разделить на групповое и индивидуальное [40]:

Групповое обучение больных имеет ряд ощутимых преимуществ. Обучение в группе создает определённую атмосферу, помогающую воспринять болезнь в нужном свете, уменьшает чувство одиночества. Пациенты имеют возможность обменяться опытом, получить поддержку, наблюдать положительную динамику в течение заболевания на примере других людей. В группе усиливается эмоциональный компонент обучения, что улучшает восприятие и повышает согласие больных с лечением. Оптимальным вариантом является группа численностью 5-7 человек. Однако групповое обучение не должно исключать индивидуальной работы с пациентами. Все рекомендации даются не в форме жесткого ограничения привычек и образа жизни пациента, а в виде поиска путей максимально большей независимости от заболевания при поддержании хорошего качества лечения. Вот почему обучение более всего эффективно при проведении его врачом или медицинской сестрой. Автор считает, что очень часто медицинский персонал интересуются лишь предметным содержанием обучения и практически не фиксирует своего внимания на том, как проводить занятие, то есть на самой методике. Чтобы вовлечь пациентов в активную работу на занятии, обучающему персоналу необходимо найти к каждому свой подход. В этих условиях возрастёт роль активных методов, средств и приемов обучения.

Индивидуальное обучение осуществляется в виде подхода на групповых занятиях, который может помочь медицинскому работнику использовать качество восприятия и заинтересованность каждого участника. Пациентов, положительно и с готовностью воспринимающих содержание занятия, следует стимулировать к формулированию важных выводов и подключать к обсуждению для подтверждения правильной точки зрения. Нелегко подключить к работе группы робких, стеснительных людей, для укрепления в них чувства уверенности рекомендуется напрямую задавать им легкие вопросы, на которые они обязательно смогут ответить. Наибольшую трудность для обучающего персонала представляют пациенты, демонстративно отвергающие процесс обучения и проявляющие - иногда весьма активно - свое недоверие к персоналу. В подобных ситуациях прекрасные результаты можно получить, если суметь подчеркнуть индивидуальный опыт пациента. Подобный подход оправдывает себя и при работе с незаинтересованными пациентами. Рекомендуется поощрять их задавать вопросы или приводить примеры из собственного опыта. Так, если в группе обучения присутствует пациент, оспаривающий какие-либо высказывания, необходимо спокойно обосновать медицинскую, точку зрения и постараться, чтобы аргументы спорщика были опровергнуты другими пациентами.

## Навыки, необходимые медицинской сестре для консультирования и обучения пациентов. Во время своей повседневной работы сестра постоянно общается с большим количеством людей. Навыки общения в сестринском деле не являются чем-то само собой разумеющимся. Существуют различия между ежедневным житейским и целенаправленным профессиональным общением. Каждый раз, встречаясь с пациентом, необходимо помогать ему решать возникающие проблемы, отвечать на вопросы, давать своевременные и грамотные советы. Пациенты часто сомневаются в правильности своих действий, легко теряют уверенность в себе. Медицинским сестрам необходимо умение ободрять и проявлять теплоту, возвращая пациентам утраченную уверенность.

При разговоре с пациентом важно уметь выслушать и дать почувствовать, что он Вас интересует. При умелом поведении сестры беседа позволяет человеку ощутить и осознать свои проблемы более четко, что позволяет выбрать наиболее разумный путь их решения.

Во второй главе дипломной работы, были выделены особенности формирования функционирования деловых качеств медицинской сестры на профессиональном уровне. Исследованием литературных источников удалось установить, что множество современных специалистов, изучая профессиональную компетентность, заявляют основную цель, которая заключается в процессе выявления основных механизмов формирования продуктивного практического мышления.

В современной действительности профессиональная компетентность представляет собой определенную структуру. Основными компонентами этой структуры исследователи предлагают считать качествами медицинской сестры-координатора. Высоким уровнем компетентности исследователи считают компоненты структуры, которые осуществляют не только когнитивные возможности специалиста, а по большей части, его коммуникативные и креативные умения и навыки, проявляющиеся в прогнозе и моделировании развевающих процессов коллективного взаимодействия. В профессиональной деятельности медицинской сестры необходима компетентность по применению существующих педагогических технологий обучения пациентов профилактическим мероприятиям по предупреждению заболевания.

атеросклероз медсестра пациент

## 3. организация обучения пациентов мерам профилактики при заболевании атеросклероз сосудов в хирургическом отделении мБуз омсч «Севрыба» г. Мурманска

.1 Краткая характеристика хирургического отделения МБУЗ ОМСЧ «Севрыба» г. Мурманска

МБУЗ ОМСЧ «Севрыба» обслуживает население г. Мурманска и Мурманской области. В настоящее время в состав данного медицинского объединения входят такие подразделения как, женская консультация и три поликлиники мощностью 1278 посещений в смену с 8 здравпунктами, стационар с общей коечной мощностью 470 коек по 15 профилям, включая койки дневного пребывания. Учреждение является некоммерческой организацией, финансируемой частично за счет средств городского бюджета на основе сметы. В 1993 году ОМСЧ «Севрыба» была передана отделу здравоохранения администрации города Мурманска.

Главной целью деятельности учреждения является оказание стационарной, амбулаторной, консультативной и реабилитационной медицинской помощи в объеме территориальной программы ОМС Мурманской области, а также проведение лечебно-профилактических и диагностических мероприятий, не входящих в вышеуказанную программу.

Для достижения этих целей учреждение:

 определяет потребности в оказании медицинской помощи гражданам на планируемый период деятельности учреждения;

 внедряет новые системы управления, учета, экспертизы, диагностики и лечения;

 организует и предоставляет платные медицинские услуги в соответствии с нормативными актами, при наличии лицензии и специального разрешения вышестоящих органов управления;

 проводит врачебно-трудовую экспертизу;

 повышает качество медицинской помощи на основе внедрения новейших методов диагностики, лечения и прогрессивных форм их организации;

 привлекает специалистов различных отраслей медицины, лечебно-профилактических учреждений и предприятий медицинского профиля, для оказания всех необходимых видов медицинской помощи, в соответствии с действующим законодательством;

 осуществляет отдельные виды деятельности, не запрещенные законодательством РФ на основании специальных разрешений (лицензий).

В состав учреждения в качестве его структурных подразделений входят: терапевтическая, кардиологическая, пульмонологическая, неврологическая, хирургическая, урологическая, травматологическая, инфекционная, лечебно-диагностическая, гастроэнтерологическое, административно-хозяйственная, вспомогательная, служба аптек.

Каждый четверг месяца МБУЗ ОМСЧ «Севрыба» дежурная больница по городу, оказывает экстренную помощь всем самостоятельно обратившимся пациентам и доставленным бригадами скорой медицинской помощи.

Стационарное лечение пациентов хирургического профиля осуществляется в специализированном хирургическом отделении. Отделение возглавляет заведующий, который организует своевременное обследование и лечение больных, контролирует работу медицинского персонала, отвечает за рациональное использование коечного фонда отделения, медицинского оборудования и лекарственных средств.

Хирургическое отделение, рассчитано на 45 коек, расположено на 3-м этаже 12 этажного здания. В отделении 18 палат. Большое значение имеет организация полноценного лечения пациентов и ухода - это правильное оборудование палат, в которых больные проводят большую часть времени. Палаты развёрнуты на 4 койки, две и одну, что положительно сказывается на послеоперационном течении, уходе, профилактики ВБИ.

В хирургическом отделении находится 3 процедурных кабинета (два для проведения в/м инъекций и один для проведения в/в инъекций, в/в вливаний), которые оборудованы всем необходимым:

 столиком для стерильных инструментов;

 кушеткой;

 манипуляционным столом;

 холодильником для хранения медикаментозных препаратов;

 шкафами для медикаментов.

Сейф для хранения наркотических, сильнодействующих и психотропных препаратов находится в одном процедурном кабинете с железной дверью и сигнализацией.

Процедурные кабинеты оснащены бактерицидными установками, контейнерами для обработки отработанного материала, дезинфицирующими средствами. Соблюдается график кварцевания, проведения уборки текущей и генеральной, что фиксируется в журнале.

В процедурных кабинетах сформирован набор медикаментов для оказания экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях. Имеются укладки для оказания помощи при:

 обмороке;

 коллапсе;

 анафилактический шоке;

 отек легких;

 гипогликемических состояниях и коме;

 гипергликемической коме;

 приступе бронхиальной астмы;

 гипертоническом кризе;

 аптечка медицинской помощи по профилактике ВИЧ-инфицирования.

Отделение развёрнуто на 2 поста наблюдений за поступившими пациентами. Каждый пост оснащен:

 предметами ухода за больными;

 набором медикаментов на сутки;

 тонометром для контроля АД;

 термометрами для термометрии пациентов;

 перевязочный материал.

Выписки из приказов, памятки, функциональные обязанности палатной медицинской сестры, рабочий журнал и другая документация, хранятся индивидуально на каждом посту медицинской сестры.

Хирургическое отделение оборудовано:

 кабинетом заведующего отделением;

 ординаторской для врачей ординаторов;

 кабинетом старшей медицинской сестры;

 комнат отдыха для среднего и младшего медицинского персонала;

 столовой для пациентов;

 буфетной комнаты;

 2-я кабинетами для проведения очистительных клизм;

 кабинетом сестры хозяйки;

Отделение имеет подсобные помещения: 2-е ванные комнаты, 2-е душевых, 6-ть санитарных узла (мужских, женских и для медицинского персонала); оборудованы холлы для отдыха больных.

В штатном расписании сотрудников отделения предусмотрены должности (таб. 1):

 заведующий отделением;

 врач ординатор;

 старшая медицинская сестра;

 палатная медицинская сестра;

 перевязочная медицинская сестра;

 младшая медицинская сестра;

 санитарка-буфетчица;

 санитарка-уборщица.

## Таблица 1. Характеристика кадровых ресурсов хирургического отделения МБУЗ ОМСЧ «Севрыба» г. Мурманска

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Должность | Штат. кол-во | 2010г. | | 2011г. | |
|  |  | Фактич. кол-во (абс.) | % | Фактич. кол-во (абс.) | % |
| Зав. отделением | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 |
| Врач - ординатор | 7 | 6 | 85,7 | 7 | 100 |
| Старшая медсестра | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 |
| Медицинская сестра | 15 | 11 | 73,3 | 8 | 53,3 |
| Младший персонал | 13 | 9 | 69,2 | 7 | 53,8 |

Из таблицы 1 видно, что штатная укомплектованность младшим и средним медицинским персоналом, недостаточна, а это не способствует, улучшению качества ухода, проведения профилактических мероприятий пациентам, медицинскими сестрами и младшим медицинским персоналом.

Рассмотрим возрастную структуру сотрудников хирургического отделения МБУЗ ОМСЧ «Севрыба» г. Мурманска. Для определения межличностных отношений в коллективе, профессиональных качеств, практического опыта в области хирургии, обслуживание пациентов сотрудниками среднего и младшего звена. Всего сотрудников в отделении - 24 человека, из них: 8 врачей, 9 медицинских сестёр и 7 человек младшего медицинского персонала (таб. 2).

Таблица 2. Структура медицинского персонала МБУЗ ОМСЧ «Севрыба» г. Мурманска

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Категории персонала по возрасту | Стаж работы, (лет) | Количество человек (абс.) | | Структура в процентах | |
|  |  |  | Кол-во сотр. | Стаж работы | По возрасту | По стажу |
| 1. | 18-25 лет | до 3 | 3 | 3 | 12,5% | 12,5% |
| 2. | 25-35 лет | от 5 - 7 | 5 | 6 | 20,8% | 25% |
| 3. | 35-45 лет | от 10 - 15 | 7 | 7 | 29,1% | 29,1% |
| 4. | свыше 45 лет | Более 15 | 9 | 9 | 37,5% | 37,5% |
| Всего | |  | 24 | 24 | 100% | 100% |

Как видно из данных таблицы 2, подавляющее большинство коллектива - сотрудники старше 45 лет и имеющие стаж работы в отрасли хирургии более 15 лет, что говорит о богатом практическом опыте сотрудников отделения и высоком уровне профессионализма персонала. Также зрелый возраст сотрудников создаёт благоприятный климат в коллективе, что позволяет значительно поднять эффективность труда, создать атмосферу взаимной поддержки и помощи, где сообща вырабатываются пути решения проблем и добиваются их разрешения.

Одним из главных факторов профессионального роста специалиста следует рассмотреть квалификационные характеристики каждого работающего сотрудника хирургического отделения. В данном отделении практикующих врачей вместе с заведующим отделением восемь штатных единиц. Медицинских сестёр девять штатных единиц вместе со старшей медицинской сестрой отделения. Все сотрудники хирургического отделения имеют сертификат специалиста и квалификационную категорию (таб. 3).

Таблица 3. Квалификации сотрудников МБУЗ ОМСЧ «Севрыба» г. Мурманска

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Категория персонала | Кол-во персонала (в абс.) | Квалификационная категория | | | Структура (в %) | | |
|  |  | Вторая | Первая | Высшая | вторая | первая | высшая |
| Врач | 8 | 3 | 2 | 3 | 17,6% | 11,7% | 17,6% |
| Медицинская сестра | 9 | 1 | 3 | 5 | 5,8% | 17,6% | 29,4% |
| Всего | 17 | 4 | 5 | 8 | 23,4% | 29,3% | 47% |

Из таблицы 3 видно, что почти 50% сотрудников хирургического отделения имеют высшую категорию.

3.2 Организация деятельности медицинской сестры по обучению пациентов мерам профилактики атеросклероза сосудов (на примере работы хирургического отделения МБУЗ ОМСЧ «Севрыба» г. Мурманска)

С распространением высшего сестринского образования у медицинских сестёр появилась возможность самостоятельно проводить научные исследования, результаты которых специалисты сестринского дела в состоянии реализовать самостоятельно. Потребность современного общества в качественной медицинской помощи требует от медицинских сестер определенной педагогической компетентности, критического мышления, внимания к специфическим нуждам пациентов. Помимо функциональных обязанностей, медицинской сестре необходимо обладать чуткостью и вниманием к нуждам пациентов. Организуя свою деятельность, медицинская сестра выступает в роли консультанта.

В процессе работы, медицинская сестра консультирует пациентов по интересующим их вопросам о заболевании атеросклероз сосудов, а также ведёт беседы с родственниками пациентов. Проводит беседы о необходимости профилактического лечения, предупреждение обострений, своевременное лечение. Профилактические мероприятия предупреждают осложнения атеросклеротических поражений, что снизит количество ампутаций и инвалидность пациентов с данной патологией. Для эффективного гигиенического обучения пациентов, медицинской сестре необходимо быть самой компетентной в данном аспекте вопроса. Проведение бесед, выпуск санбюллетеней, проведение конференций входит в должностные обязанности медицинской сестры, а для выполнения перечисленных обязанностей, необходимо рациональное распределение рабочего времени дневной смены медицинской сестры.

В обязанности медицинской сестры помимо выполнения врачебных назначений входят и профилактические мероприятия, направленные на предупреждение осложнений заболеваний. Рассмотрим основные направления деятельность медицинской сестры (рис.1).



Рисунок 1. Основные направления деятельности медицинской сестры отделения хирургии МБУЗ ОМСЧ «Севрыба» г. Мурманска

Как видно из рисунка 1, в обязанности палатной медицинской сестры включены различные виды деятельности. И это не полный список приложения профессиональных компетенций медицинских сестёр.

Для ранжирования по значимости и затратам времени видов деятельности палатной медицинской сестры в хирургическом отделении, мы провели хронометраж работы палатной сестры в дневную смену. Хронометраж представляет собой изучение затрат времени на отдельную манипуляцию или на целый вид деятельности. Нормативно-исследовательские работы проводились в течение 2-х недель, за это время в выборку было включено 85-90% всех видов деятельности, которые осуществляет медицинская сестра за год. Трудовые операции, сгруппированные по видам работ, фиксируются на специальный бланк. Для фиксации результатов наблюдения за работой персонала во время проведения хронометража использовали «Лист хронометража палатной медицинской сестры». В нём фиксировалось полное наименование выполняемой деятельности. Среднее нормативное время - это цель хронометражного исследования. Рассчитывается нормативное время путем деления суммы продолжительности на количество проведенных замеров.

Из данных приложения 6 «Листа хронометража палатной медицинской сестры» хирургического отделения МБУЗ ОМСЧ «Севрыба» г.Мурманска были определены и ранжированы виды деятельности сестры:

 к основной деятельности (ОД) относятся пункты - 9, 12, 13, 15, 17, 24, 28; общее время - 196 мин.(39,8%);

 к вспомогательной деятельности (ВД) - 2, 6, 7, 8, 10, 11, 16, 18; - 80,6 мин.(16,3%);

 к работе с документацией (Д) - 25, 26; - 30,8 мин.(6,3%);

 к служебным разговорам (СР) - 1, 3, 4, 23; - 37,5 мин.(7,6%);

 к хозяйственной деятельности (ХД) - 19, 27; - 38 мин.(7,7%);

 к прочей деятельности (ПР) - 5, 20, 21; - 74,5 мин.(15,1%);

 непроизводительное время (НВ) - 14, 22; - 35,6 мин.(7,2%).

Наглядно распределение времени по видам деятельности можно увидеть на рисунке 2.



Рисунок 2. Диаграмма времени рабочего дня палатной медицинской сестры по видам деятельности МУЗ ОМСЧ «Севрыба» г. Мурманска

Следует отметить, что 39,8 % рабочего времени занимает основная деятельность медицинской сестры, остальное время (более 60%) затрачивается на различные другие виды деятельности. Вспомогательная деятельность стоит на втором месте по времени (80,6 мин.), частично это время можно распределить между другими сотрудниками. Например, обучение персонала и получение медикаментов может осуществлять старшая медсестра, мытье инструментария - санитарка. Беседы с пациентами, выявление проблем и их решение приходиться проводить при непосредственном выполнении манипуляций в палате или на посту. Анализируя расчеты времени дневной смены медицинской сестры, можно сделать вывод, что высокая загруженность рабочего дня, не позволяет уделить достаточное время на полноценное осуществление проведения профилактических мероприятий среди пациентов, страдающих атеросклерозом сосудов нижних конечностей.

Хронометраж дня был проведён с целью анализа деятельности палатной медицинской сестры и оценки качества профилактической деятельности исследуемого заболевания, атеросклероза сосудов нижних конечностей. Это важно для расчета нагрузки на палатную медицинскую сестру и доли в ней неквалифицированного труда, что позволит впоследствии выработать организационный механизм адекватной медицинской помощи, в пределах финансовой и профессиональной возможности.

Комплексный подход к рассмотрению вопросов лечения, ухода, профилактики осложнений и ранней реабилитации диктует необходимость рассмотрения его в динамической системе с обратной связью, центральным звеном которой является пациент. Роль медицинской сестры заключается в своевременной оценке состояния пациента, сведения к минимуму риска осложнений заболевания. Для выполнения данной работы необходимо организовать сестринскую школу здоровья для пациентов с заболеванием атеросклероз сосудов нижних конечностей.

Повышение качества сестринской помощи возможно при эффективном взаимодействии медицинской сестры, профессионально компетентной, и пациента в позитивных социально-психологических, материально-технических и организационно-экономических условиях единого правового пространства при наличии стойкой положительной мотивации пациента на выздоровление.

.3 Качественные показателей оперативной активности хирургического отделения МБУЗ ОМСЧ «Севрыба» г. Мурманска

Программа эксперимента была построена на анализе статистических данных. Выборка включала контингент пациентов хирургического отделения с клиническим диагнозом атеросклероз сосудов нижних конечностей, за три года, с 2009-й по 2011 год. Возраст респондентов составил от 40 и старше 70-ти лет. В ходе эксперимента мы проанализировали данные из отчетов работы хирургического отделения, из общего числа пролеченных пациентов с различной патологией в хирургическом отделении МБУЗ ОМСЧ «Севрыба» г. Мурманска, нами рассмотрены данные пациентов, с заболеванием атеросклероз сосудов нижних конечностей (в скобках указан % состав пациентов с атеросклерозом). Возрастная структура этих пациентов показана на рисунке 3:

 За 2009 год 40-50 лет - 24(16%); 50-60 лет - 30(20%); 60-70 лет - 25(17%);старше 70 - 71(47%).

 За 20010 год 40-50 лет - 24(11%); 50-60 лет - 58(28%); 60-70 лет - 59(29%);старше 70 - 64(30%).

 За 2011 год 40-50 лет - 20(9%); 50-60 лет - 53(25%); 60-70 лет - 67(32%);старше 70 - 66(31%).

Как видно из рисунка 3, значительную часть болеющих атеросклерозом сосудов нижних конечностей составляют пациенты старше 70 лет, что составляет около 36% от общего числа поступивших в стационар. Заметное снижение заболеваемости атеросклерозом сосудов нижних конечностей отмечается среди пациентов от 40 до 50 лет. Это можно объяснить более высоким уровнем информированности о факторах риска заболевания и общей гигиенической грамотностью пациентов. В категории пациентов в возрасте от 60 до 70 наблюдается устойчивая тенденция к увеличению заболеваемости. Данный факт доказывает необходимость тщательного наблюдения за пациентами этой возрастной группы.



Рисунок 3.

В дальнейшем проведении нашего исследования были проанализированы осложнения заболеваний атеросклероза сосудов нижних конечностей, анализ данных из историй болезни показал, что наиболее часто встречающееся осложнение атеросклероза сосудов нижних конечностей - это ишемия бедренных артерий, приводящая к ампутации конечности. Выборка данных за 11 лет о проведённых операциях по поводу ампутации нижних конечностей составила за 2001 год - 17 ампутаций; 2002год - 9ампутаций; 2003 год - 17ампутаций; 2004 год - 16ампутаций; 2005 год - 27ампутаций; 2006 год - 28ампутаций; 2007 год - 29ампутаций; 2008 год - 44ампутаций;

год - 32ампутаций; 2010год - 50ампутаций; 2011 год - 47ампутаций, и представлена на рисунке 4.



Рисунок 4.

В исследуемый период времени 2001-11годов, виден значительный рост осложнений атеросклероза сосудов нижних конечностей, приведших к ампутации конечностей. Наибольший рост ампутаций мы наблюдаем с 2008-го года, пик достиг в 2010 году, причина возрастной период 70 и старше за счёт осложнений атеросклероза сосудов, поступивших в запущенных формах данного заболевания. Необходимо обратить внимание и на тот факт, что значительный рост ампутаций привёл к увеличению уровня инвалидности пациентов с данной патологией и подтверждает необходимость проведения медицинской сестрой санитарно-просветительной работы среди пациентов с заболеванием атеросклероз сосудов нижних конечностей.

Ежегодно проводится аналитический результат данных, по частоте ампутаций нижних конечностей у больных с заболеванием атеросклероз сосудов в хирургическом отделении. В таблице 5 показана динамика показателей оперативных вмешательств с 2009 по 2011 год.

Таблица 5. Количество ампутаций выполненных в хирургическом отделении МБУЗ ОМСЧ «Севрыба» г. Мурманска в период с 2009 по 2011 г.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Частота ампутаций нижних конечностей у пациентов с атеросклерозом сосудов | | | | Структура в % | | |
| Объем ампутации на уровне: | 2009г | 2010г | 2011г | 2009г | 2010г | 2011г |
| Бедра | 15 | 21 | 13 | 46,8 | 42,0 | 27,6 |
| Голени | 12 | 19 | 11 | 37,5 | 38,0 | 23,5 |
| Стопы | 5 | 10 | 23 | 15,7 | 20,0 | 48,9 |
| Всего | 32 | 50 | 47 | 100 | 100 | 100 |

Как видно из данных таблицы 5, отмечается тенденция к увеличению числа ампутаций на уровне стопы, прирост в 2011г. по сравнению с 2009 г., составил 33,2%. Это связано с лучшей регистрацией всех больных с атеросклерозом сосудов нижних конечностей, подвергшихся ампутации конечности, активным проведением профилактических мероприятий. Наметилась отчетливая тенденция к снижению количества высоких ампутаций на уровне бедра с 46,8 до 27,6%, на уровне голени с 37,5 до 23,5%, что благоприятно в отношении длительного прогноза для пациента, и его адаптации в социуме.

Далее мы определили уровень информированности пациентов о заболевании, среди пациентов, проходивших плановое и экстренное лечение в стационаре с заболеванием атеросклероз сосудов нижних конечностей. Основными методами исследования знаний пациентов были выбраны беседы и анкетирование. В эксперименте участвовали 97 пациентов с заболеванием атеросклероз сосудов нижних конечностей в течение исследуемого периода. Возраст респондентов - от 40 и старше 70-и лет. Пациентам было предложено 12 вопросов, на которых они самостоятельно в свободной форме дали ответы по методу самонаблюдения за возможными причинами наступления и прогрессирования атеросклероза сосудов. Количественные показатели самоанализа пациентов представлены в таблице 6.

Таблица 6. Причины возникновения атеросклероза сосудов (по мнению пациентов х/о МБУЗ ОМСЧ «Севрыба» г. Мурманска)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование вопроса | Результат в % |
| 1 | Стресс | 29 % |
| 2 | Наследственная предрасположенность | 23 % |
| 3 | Избыточный вес | 32 % |
| 4 | Сахарный диабет | 25 % |
| 5 | Курение | 92 % |
| 6 | Нарушение диеты | 76 % |
| 7 | Не регулярность медицинских осмотров | 53 % |
| 8 | Дефицит знаний об осложнениях атеросклероза | 69 % |
| 9 | Дефицит знаний об атеросклерозе | 94 % |
| 10 | Малоподвижный образ жизни | 98 % |
| 11 | Артериальная гипертензия | 61 % |
| 12 | Алкоголь | 32 % |

Из таблицы 6 видно, что 92 % респондентов считают основной причиной заболевания атеросклероза сосудов курение; малоподвижный образ жизни - 98%. Дальнейший анализ данных анкет выявляет дефицит знаний об этапах развития атеросклероза сосудов, их осложнений и составил 94 %. Данный факт доказывает о необходимости проведения профилактических мероприятий в виде санитарно-просветительных бесед, обучающих мини-лекций, с использованием наглядных пособий и научно-публицистических брошюр.

Организация специализированной помощи больным с поражениями нижних конечностей во всех хирургических стационарах, многих регионов России, препятствует недостаточность финансирования отрасли, дефицит высокоточного, а значит и дорогостоящего современного оборудования, нехватка обученных медицинских кадров. Нами предпринята попытка оценки прямых экономических расходов ЛПУ по лечению больных с атеросклерозом сосудов нижних конечностей, в условиях специализированного хирургического отделения, где проводится консервативное лечение. Оценка краткосрочных затрат на лечение больных с различными формами поражения атеросклерозом показана в таблице 7.

Таблица 7. Стоимость стационарного лечения при заболевании атеросклероз сосудов в хирургическом отделении МБУЗ ОМСЧ «Севрыба» г. Мурманска (по нормативам 2010г)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Стоимость обследования и лечения пациентов с атеросклерозом сосудов нижних конечностей (по тарифам ТП ОМС в Мурманской области) | | | |
| Форма поражения | Стоимость лечения в день, руб. | Средняя длительность лечения, дни | Общая стоимость лечения, в руб. |
| ПТФС | 419 | 15 | 6285 |
| Облитерир. атеросклероз сос. ниж. конечностей | 630 | 28 | 17640 |
| Критическая ишемия стоп | 890 | 42 | 37380 |

Прямые расходы на одну ампутацию конечности у больного с атеросклерозом (по данным группы экспертов ТФ ОМС в 2010 г.) составляют 60 тыс. руб.

Для сравнения: уровень расходов на обучение 1 больного - 2000 рублей, открытие школы, т.е. оплата ставки медицинской сестры-координатора, с оплатой всех обязательных выплат компенсационного характера в среднем составит 15-20 тыс. рублей. Функционирование школы «Атеросклероз сосудов» в течение 1 года с возможностью оказания лечебно-профилактической помощи 150 больным обойдется бюджету ЛПУ в 200тыс. рублей, против потерь в 900 тысяч, при проведении оперативного стационарного лечения такому же количеству больных с атеросклеротическим поражением сосудов нижних конечностей.

Результаты исследованных данных показывают, что МБУЗ ОМСЧ «Севрыба» обслуживает население г. Мурманска и Мурманской области. Данное учреждение определяет потребности в оказании медицинской помощи; внедряет новые системы управления, учета, экспертизы, диагностики и лечения; организует и предоставляет платные медицинские услуги; проводит врачебно-трудовую экспертизу; повышает качество медицинской помощи на основе внедрения новейших методов диагностики, лечения и прогрессивных форм их организации. Кадровые характеристики дают приемлемую оценку практикующих специалистов, что демонстрирует практический опыт сотрудников отделения.

Хронометраж деятельности медицинской сестры хирургического отделения вскрыл существующий дефицит потенциала времени, который не позволяет увеличивать практическую направленность работы специалиста на полноценное ведение пациента и профилактику данного заболевания.

Оценка прямых расходов по лечению больных с атеросклерозом сосудов нижних конечностей, в условиях специализированного отделения показала, что финансовые затраты на организацию школ здоровья значительно ниже затрат на лечение пациентов с данной проблемой.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Сердечнососудистые заболевания остаются одной из ведущих причин смертности населения. Борьба с данными заболеваниями переросла узко медицинские рамки и стала проблемой государственной безопасности. По данным Росстата, за последние 2 года в нашей стране от болезней системы кровообращения умерло 2,4 млн. человек. Смертность от сосудистых заболеваний стабильно составляет 57%, и почти 20% из этого числа, умирают в трудоспособном возрасте. По данным ВОЗ, за период 2005-2015 гг. потеря ВВП России из-за преждевременных смертей от сосудистых причин может составить около 8 трлн. рублей.

Обобщая основные теоретические аспекты заболевания атеросклероз сосудов, нам удалось выявить, что процесс изучения данного заболевания значительно продвинулся с начала XIX века. Представления о данном заболевании развивались по мере развития медицины, как науки. Существовали различные методологические подходы к изучению данного заболевания. Отечественные учёные внесли весомый вклад в изучение атеросклероза. Работы таких авторов, как Мясников, Покровский, Шукуров, Исмаилов и др. востребованы в практическом здравоохранении и применяются в различных странах.

Специалисты в области здравоохранения выделяют две группы этиологических факторов развития атеросклероза - моделируемые и не моделируемые. Ведущее звено в патогенезе заболевания отводится уровню холестерина, ЛПНП, триглицеридов, которые во многом определяются ментальностью населения, этническими предпочтениями в питании, образом жизни. В зависимости от причин, локализации, стадии морфологических изменений выделяют различные клинические формы атеросклероза.

В хирургической практике наиболее часто встречается атеросклеротическое поражение сосудов нижних конечностей. Современная медицинская практика накопила значительный опыт по диагностике, лечению и профилактике осложнений атеросклероза. Но эффективное ведение пациентов, можно обеспечить включением в процесс лечения различных специалистов - через создание полипрофильных бригад специалистов.

Изучая роль сестринской педагогики в практической деятельности медицинской сестры, нами были выделены особенности формирования функционирования деловых качеств медицинской сестры на профессиональном уровне. В исследовании удалось установить, что множество современных специалистов, изучая профессиональную компетентность, заявляют основную цель, которая заключается в процессе выявления основных механизмов формирования продуктивного практического мышления.

В современной действительности профессиональная компетентность представляет собой определенную структуру. Основными компонентами этой структуры исследователи предлагают считать качествами медицинской сестры-координатора. Высоким уровнем компетентности исследователи считают компоненты структуры, которые осуществляют не только когнитивные возможности специалиста, а по большей части, его коммуникативные и креативные умения и навыки, проявляющиеся в прогнозе и моделировании развевающих процессов коллективного взаимодействия. В профессиональной деятельности медицинской сестры необходима компетентность по применению существующих педагогических технологий обучения пациентов профилактическим мероприятиям по предупреждению заболевания.

Решая третью задачу исследования, рассматривали роль медицинской сестры в организации обучения пациентов мерам профилактики заболевания атеросклероза сосудов. Анализ деятельности хирургического отделения МБУЗ ОМСЧ «Севрыба» г. Мурманска показал качественные стороны деятельности медицинской сестры:

1. МБУЗ ОМСЧ «Севрыба» обслуживает население г.Мурманска и Мурманской области. Данное учреждение определяет потребности в оказании медицинской помощи; внедряет новые системы управления, учета, экспертизы, диагностики и лечения; организует и предоставляет платные медицинские услуги; проводит врачебно-трудовую экспертизу; повышает качество медицинской помощи на основе внедрения новейших методов диагностики, лечения и прогрессивных форм их организации;

. Кадровые характеристики дают приемлемую оценку практикующих специалистов, что демонстрирует достаточный практический опыт сотрудников отделения для проведения среди пациентов обучающих программ.

3. Результаты данных хронометража деятельности медицинской сестры хирургического отделения вскрыл существующий дефицит потенциала времени, который не позволяет увеличивать практическую направленность работы специалиста на санитарно-гигиеническое просвещение пациентов, а значит и эффективную профилактику данного заболевания.

4. Расчёт и оценка прямых расходов по лечению больных с атеросклерозом сосудов нижних конечностей, в условиях специализированного отделения показала, что финансовые затраты на организацию школ здоровья значительно ниже затрат на лечение пациентов с данной проблемой.

Заявленная цель выполнена, гипотеза доказана. На ее основании выведена закономерность. Для повышения эффективности профилактической работы с пациентами, страдающими атеросклерозом сосудов, необходимо постоянное повышение профессиональной компетенции медицинских сестер в сфере санитарно-гигиенического воспитания населения.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Абзианидзе Г.А., Сычов М.Д., Паргалава Н.Ш., и др. Тактика хирургического лечения атеросклероза аорты и магистральных артерий нижних конечностей. //Военно-медицинский журнал. 2004. - N 5. - С. 53-54. Авченко, М.Т. Лечение больных облитерирующими заболеваниями. Автореф. дис.канд. мед. наук. - Томский государственный медицинский институт. Томск. - 2005. - 22 с.
2. Абрамченко В.А., Арабидзе Г.Г., Белоусов Ю.Б. Профилактика, диагностика и лечение атеросклероза сосудов в Российской Федерации // Клиническая фармакология и терапия. -2007.-Т.9, №3.- С.5- 30.
3. Белогурова В.А. Методические рекомендации к проведению занятий со студентами, медицинскими сестрами, пациентами /В.А. Белогурова // Главная медицинская сестра. - 2005. - № 2. - С. 47-57.
4. Бова А.А. Атеросклероз сосудов: состояние проблемы и принципы лечения/ А.А. Бова// Медицинские новости. - 2005. - №1. - С.25 - 34.
5. Вайзер Г.А., Юдина О.Н. Теория учения развивающейся личности: история и современность / Г.А. Вайзер, О.Н. Юдина // Вопросы психологии. - 2005.- № 3. - С. 122 - 133.
6. Вальчук А.Э. К вопросу об имидже сестринского дела / А.Э. Вальчук // Медицинская сестра на рубеже ХХI века: сб. науч. работ. Гродно, 2006. С. 243-245.
7. Гершинский Б.С. Концепция самореализации личности в системе обоснования ценностей и целей образования / Б.С. Гершинский // Педагогика. - 2005.- № 10. - С. 3 - 8.
8. Гончарова Г.Н. Медико-социальный и психологический портрет организатора здравоохранения / Г.Н. Гончарова, Н.А. Горбачев, В.В. Упатов // Здравоохранение Российской Федерации. 2008. № 6. С. 27-35.
9. Гришина Л.П. Возрастные особенности первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в динамикеза 10 лет (1999-2009) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2010, № 1. С.27-30.
10. Гуськова Е.П. Опыт использования активных методов обучения персонала в практической деятельности медицинского руководителя / Е.П. Гуськова // Главная медицинская сестра. - 2005. - № 11. - С. 38 - 43.
11. Даниленко М.В., Земсков В.М., Лоба М.М., и др. Иммунологический статус больных с атеросклеротическими поражениями сосудов нижних конечностей. // Клиническая хирургия. 2009. - N 7. - С. 11-14.
12. Дубикайтис А.Ю., Конюхова С.Г., Белоцерковский М.В. Хроническое атеросклеротическое повреждение сосудов. //Эфферентная терапия. Т.1, - № 1, - 2005. - С.31.
13. Ермаков Д.С. Деятельность альтернатива в образовании / Д.С. Ермаков // Педагогика. - 2005. - № 10. - С. 27 - 33.
14. Задронюк И.Е. К проблеме поиска дополнительного индекса развития человеческого потенциала / И.Е. Задронюк // Прикладная психология. - 2006. - № 2. - С. 19 - 26.
15. Зинченко В.П. Готовность к мысли. / В.П. Зинченко // Вопросы психологии. - 2005.- № 4. - С. 63 - 76.
16. Зуева С.И. Ситуационное обучение в сестринском деле: учебное пособие для студ. вузов / С.И. Зуева, С.В. Лапик. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2007. - 216с.
17. Иванова В.И. Организация медицинского просвещения в «школах пациентов» / В.И. Иванова, Т.В. Матвейчик// Медицинские знания. - 2006. -№3. - С.27 - 29.
18. Ильинский Б.В. Профилактика, ранняя диагностика и лечение атеросклероза. М., - Медицина. - 2007. - 168 с.
19. Исмаилов Д.А., Агзамов А.И., Шукуров Б.И. Профилактика, ранняя диагностика и лечение атеросклероза. //Вестник хирургии. Т.154, - № 4-6. -1995. - С.128.
20. Качество жизни больных с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей в зависимости от индивидуально-типологических свойств личности пациента / С.В. Мартемьянов, Е.А. Уваров, О.В. Сафонова, А.А. Елисеев // Ангиология и сосудистая хирургия - 2003. - № 4 том 9. - С. 14-18.
21. Казначеев В.П. Синдром полярного напряжения. / Под общей редакцией академика В.П. Казначеева. - Новосибирск: ЗСО МСА, 2009 г. - 250 с.
22. Кожевникова Е.С. Читатель и Интернет / Е.С. Кожевникова // Вопросы психологии. - 2006. - № 1. - С. 33 - 39.
23. Колосовская В.А. Будущее медсестринского образования в интеграции средней и высшей медицинской школ / В.А. Колосовская // Главн. мед. сестра. 2008. № 1. С. 11-15.
24. Концепция модернизации российского образования на период до 2010 года. - М.: АПК ИПРО, - 2002. - С. 4.
25. Коршунова Н.Л. Социопрактические, аспекты инновационной педагогической идеи / Н.Л. Коршунова // Педагогика. - 2000. - № 10. - С. 12 - 17.
26. Кудрявцев В.Т., Уразалиева Г.К. Предпосылки личного роста в развивающем образовании / В.Т Кудрявцев, Г.К. Уразалиева // Вопросы психологии. - 2005. - № 4. - С. 52 - 63.
27. Кулаев К.В. Проблемы саморазвития личности / К.В. Кулаев // Педагогика. - 1998.- № 8. - С. 118 - 120.
28. Макаров Н.А. Первичная диагностика и правильность построения диагноза у больных с облитерирующим атеросклерозом аорты и магистральных артерий. //Нижегородский медицинский журнал. 1991. -N 2. - С. 54-56.
29. Никифоров Т.В. Управление сестринским процессом в стационаре: монография / Т.В. Никифоров, Э.Э. Вальчук; под ред. Э.А. Вальчука // Минск, 2009. 216 с.
30. Матвейчик Т.В. Организация сестринского дела: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова // Минск: Вышейшая школа, 2006. 297 с.
31. Матвейчик Т.В. Методологические основы работы «Школ-профилактики»: учеб. - метод. пособие для организаторов сестринского дела / Т.В. Матвейчик, И.К. Билодид // Минск: Парадокс, 2009. 116 с.
32. Матвейчик Т.В. Медицинская сестра и социально значимый пациент: основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства / Т. В. Матвейчик [и др.]. Минск, 2007. 162 с.
33. Матвейчик Т.В. Индивидуальная форма повышения качества сестринских навыков: наставничество / Т.В. Матвейчик, А.Э. Вальчук, В.И. Иванова // Инструкция по применению / Рег. № 9- 0105 от 02.03.06. МАПО. 2009. 30 с.
34. Мясников А.Л. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. М.: Медицина, 2002.
35. Покровский В.П. Атеросклероз - этиология, патология, лечение. / В.П. Покровский // Медицина. 2005. № 3(37). С. 9-15.
36. Покровский В.П. Реформирование здравоохранения - насущная потребность и медиков, и всего населения / В.П. Покровский // Медицина. 2005. № 1(40). С. 4-5.
37. Пищита А.Н. Социально-гигиенические проблемы инвалидности, медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов при болезнях системы кровообращения. // Автореф. дисс. . докт. мед. наук, М.: -2000. -6 с.
38. Понуровский В.И. Диагностическое и прогностическое значение метаболических изменений в регионарной крови у больных окклюзионными заболеваниями артерий нижних конечностей. Автореф. дис.канд. мед. наук. Томск. - 1992. - 22 с.
39. Пузин С.Н. Инвалидность, медико-социальная экспертиза и реабилитация при облитерирующих заболеваниях сосудов нижних конечностей. / С.П. Пузин, Ю.А. Ковшарь, Т.П. Епихина // Ж. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 1998, № 1. -С. 12-14.
40. Пшеничная Л.Ф. Педагогика в сестринском деле/ Л.Ф. Пшеничная. - Ростов н/Д: Феникс,2002. - 358с.
41. Рябчикова Н.П., Репенко А.П. Структура семантической памяти: исследование динамики базисного уровня / Н.П. Рабчикова, А.П. Репенко // Вопросы психологии. - 2002.- № 3. - С. 99 - 110.
42. Рубцов В.В. Служба практической психологии образования: современное состояние и перспектива развития / В.В. Рубцов // Вопросы психологии. - 2003.- № 6. - С. 32 - 40.
43. Семина Т.В. Кадровая политика учреждения здравоохранения и высшее сестринское образование / Т.В. Семина, Е.М. Бурцева // Главн. мед. сестра. 2008. № 4. С. 59-61.
44. Тайц Е.М. Кафедра общественного здоровья и здравоохранения в системе высшего сестринского образования / Е.М. Тайц [и др.] // Медицинская сестра на рубеже ХХI века: сб. науч. работ. Гродно, 2007. С. 112-113.
45. Хейфец А.С. Обзор и анализ инноваций в реформировании сестринского дела в леч. -проф. учреждениях России / А.С. Хейфец // Главн. мед. сестра. 2008, 2009. № 10-12,1,3.
46. Храмов И.С. Особенности возрастной структуры первичной инвалидности в округах и субъектах Российской Федерации. // Ж. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2003, № 1 -С.37-41.

Список сокращений

АД - артериальное давление.

АСАД - автоматизированная система акмеологической диагностики.

АГ - артериальная гипертензия.

АПФ - ангиотензин превращающий фермент.

АДФ - аденозиндифосфат.

АТФ - аденозинтрифосфат.

ВБИ - внутри больничная инфекция.

В/В - внутривенно.

В/М - внутримышечно.

ВСММ - вещества средней молекулярной массы.

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека.

ВОЗ - всемирная организация здравоохранения.

Г- город.

Др - другие.

ДНК - дезоксирибонуклеиновая кислота.

ЗОЖ - здоровый образ жизни.

ИБС - ишемическая болезнь сердца.

КТ - компьютерная технология.

КСР - кислородзависимый свободный радикал.

ЛИИ - лейкоцитарный индекс интоксикации.

ЛПВП - липопротеиды высокой плотности.

ЛПНП (LDL)- липопротеиды низкой плотности.

ЛПОНП - липопротеиды очень низкой плотности.

МДА - малоновый диальдегид.

МУЗ ОМСЧ - Медицинское Учреждение Здравоохранение Областная Медицинская Санитарная Часть.

Мм.рт.ст.- миллиметров ртутного столба.

ОАСНК - облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей.

ПИТ - палата интенсивной терапии.

ПОЛ - перекисное окисление липидов.

ПТФС - посттромбофлебетический синдром

РФ - Российская Федерация.

РИС - реперфузионный синдром - тромбоцитарный фактор роста (англ. Platelet-derived growth factor).

СОД - супероксиддисмутаза.

СР - свободный радикал.

TCP - творческая самостоятельная работа.

ТБК - тиобарбитуровая кислота.

ТХУ - трихлоруксусная кислота.

ТНФ-а - туморнекротизирующий фактор-а.

ХИНК - хроническая ишемия нижних конечностей.

ХНЗЛ - хронические неспецифические заболевания легких.

ЭКГ - электрокардиограмма.

Эхо КГ - эхо кардиограмма.в/IIIа - гликопротеиновые рецепторы тромбоцитов.

Приложение 1

Лист хронометража палатной медицинской сестры

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Деятельность медицинской сестры

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование работы - | | | | | | | | | Замечания наблюдателя | Средняя продолжительность (мин.) | |
| № | Элемент исследования | Время продолжительности (мин.) по 5-ти дневке | | | | | | |  |  | |
|  |  | 1 | 2 | | 3 | 4 | | 5 |  |  | |
| 1. | Передача и прием смен |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 2. | Обучение пациентов |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 3. | Обсуждение проблем пациентов |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 4. | Участие в утренних конференциях |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 5. | Измерение температуры тела |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 6. | Подготовка к работе |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 7. | Приготовление дезрастворов, мытье рук, одевание халата |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 8. | Подготовка пациентов к процедуре |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 9. | Кормление пациентов |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 10. | Сопровождение анализов крови в лабораторию |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 11. | Получение и раскладка медикаментов |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 12. | Работа с документацией (история болезни и сестринские карты) |  |  |  | |  |  | |  | |  | |
| 13. | Проведение инъекций |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 14. | Обед |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 15. | Текущая уборка |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 16. | Вызов пациентов во врачебный кабинет |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 17. | Инъекции: п/к, в/м, в/в |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 18. | Мытье инструментария, подготовка для сдачи в ЦСО |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 19. | Уборка процедурного кабинета |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 20. | Кварцевание |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 21. | Выполнение врачебных назначений, осуществление ухода за пациентами согласно плану, обработка предметов ухода |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 22. | Кратковременный отдых |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 23. | Отчет у старшей медсестры |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 24. | Постановка согревающего компресса |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 25. | Составление заявок на получение медикаментов |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 26. | Оформление направлений на исследование |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 27. | Обеспечение отделения перевязочным материалом |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 28. | Оценка эффективности сестринского процесса |  |  | |  |  | |  |  |  | |

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. проводившего хронометраж\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 2

Вопросник для определения осведомленности об основных причинах возникновения атеросклероза сосудов

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

Инструкция: Прочтите внимательно нижеследующие утверждения и отметьте, согласны ли Вы с ними, поставив отметку в соответствующем квадрате: согласен («Да»), затрудняюсь ответить («Не знаю»), не согласен («Нет»).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Утверждение |  | Ответ |  |
|  |  | Да | Не знаю | Нет |
| 1 | Стресс |  |  |  |
| 2 | Наследственная предрасположенность |  |  |  |
| 3 | Избыточный вес |  |  |  |
| 4 | Сахарный диабет |  |  |  |
| 5 | Курение |  |  |  |
| 6 | Нарушение диеты |  |  |  |
| 7 | Не регулярность медицинских осмотров |  |  |  |
| 8 | Дефицит знаний об осложнениях |  |  |  |
| 9 | Дефицит знаний об атеросклерозе |  |  |  |
| 10 | Малоподвижный образ жизни |  |  |  |
| 11 | Артериальная гипертензия |  |  |  |
| 12 | Алкоголь |  |  |  |

Приложение 3

Нормативные документы, регламентирующие медицинскую сестринскую педагогическую деятельность (выписка из Приказа Минздрава РФ от 06.02.2001 N 33).

Организация сестринского дела.

В соответствии с квалификационными требованиями медицинская сестра - менеджер сестринского дела должна знать и уметь:

Общие знания.

 основы законодательства и права в здравоохранении;

 основы управления и организации здравоохранения в Российской Федерации;

 основы медицинского страхования;

 экономические модели финансирования, организацию планово-экономической и финансовой деятельности медицинских учреждений в новых экономических условиях;

 основные принципы и организацию экспертизы качества медицинской помощи;

 основы менеджмента и маркетинга в здравоохранении;

 теоретические основы сестринского дела;

 организацию сестринского дела в системе здравоохранения Российской Федерации;

 медицинскую этику и деонтологию; психологию профессионального общения; основы педагогики;

 статистические показатели оценки здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения;

 статистику здоровья населения; демографическую и медико-социальную характеристику населения;

 основы организации медицинской помощи городскому населению, организацию сестринского дела в медицинских учреждениях по обслуживанию городского населения;

 основы организации медицинской помощи сельскому населению, организацию сестринского дела в медицинских учреждениях по обслуживанию сельского населения;

 основы организации медицинской помощи детям и матерям, организацию сестринского дела в медицинских учреждениях по охране здоровья матери и ребенка;

 основы организации медико-социальной помощи, основы геронтологии и гериатрии, организацию сестринского дела в медицинских учреждениях медико-социальной помощи;

 систему взаимодействия учреждений здравоохранения с учреждениями санитарно-эпидемиологического профиля;

 основы организации медицинской и социальной реабилитации;

 организацию экспертизы нетрудоспособности;

 основы диспансеризации населения;

 систему мероприятий по обеспечению безопасной больничной среды;

 организацию лекарственного обеспечения медицинского учреждения;

 систему делопроизводства в медицинском учреждении, организацию учетно-отчетной деятельности медицинского учреждения с использованием электронно-вычислительной техники;

 роль сестринского персонала в федеральных, территориальных программах охраны здоровья населения; основы валеологии и санологии; методы и средства гигиенического воспитания; организацию работы по гигиеническому воспитанию населения и пропаганде здорового образа жизни;

 охрану труда и технику безопасности в медицинских учреждениях.

 основы медицины катастроф;

 деятельность ВОЗ в области сестринского дела.

Приложение 4

Рекомендации медицинской сестре-координатору

Изучение проблемы обучения медицинских сестер знаниям педагогики для осуществления сестринской деятельности в вопросах охраны здоровья при атеросклерозе сосудов, помогли сформировать ряд рекомендаций, от которых зависит эффективность профилактической работы:

 Профессиональная компетентность медицинской сестры в области сестринской педагогики.

 Содержания и формы проведенияпрофилактической работы.

 Уровня организации профилактической работы.

 Партнерская роль взаимоотношений медсестры и пациента.

 Материально-техническое обеспечение.

 Потребности и интересы пациентов.

 Способность медсестры к творческой деятельности.

 Обучение имеет положительный результат, если оно научно обосновано.

 Профилактическая работа с пациентом эффективна, если медицинская сестра может реализовать потребности и запросы пациента.

 Эффективность в групповом обучении пациентов.

 Знание основ сестринской педагогики,медицинскими сестрами, на преддипломном этапе и в процессе повышения квалификации.

 Обеспечение медицинских сестер типографскими методическими материалами для организации профилактической работы.

Приложение 5

План - конспект занятия для слушателей дополнительного образования по теме: «Организация делопроизводства и кадровая политика на рабочем месте».

Образовательная программа цикла общего усовершенствования по специальности: «Сестринское дело»

Цель программы: повышение качества знаний в соответствии с современными требованиями медицинской науки и техники.

Категория слушателей: лица, имеющие диплом по специальностям «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело» и сертификат «Сестринское дело»

Форма обучения: очная, с отрывом от производства.

Количество часов цикла: 144 часа

СТРУКТУРА ПРОГРАММЫ:

Учебный план;

Учебно-тематический план

Диагностика эффективности обучения по специальности (формы контроля) -Учебная рабочая программа

Рекомендуемая литература

Пояснительная записка

Программа разработана на основе образовательного стандарта постдипломной подготовки по специальности «Сестринское дело» цикл: «Сестринское дело в наркологии». При разработке учтены основные направления деятельности медицинских сестер наркологических кабинетов.

В условиях реформы здравоохранения и внедрения новых медицинских технологий требуется постоянное совершенствование последипломного образования специалистов сестринского дела.

Программа включает в себя все основные разделы работы специалистов сестринского дела, представляет учебно-тематический план теоретического и практического курса по специальности.

Задачей курсов повышения квалификации медицинских сестер наркологических учреждений является освоение комплекса теоретических знаний по вопросам общей психопатологии и частной психиатрии, этиологии и патогенеза, клиники профилактики алкоголизма и алкогольных психозов, наркоманий, токсиманий, обучение принципам организации и работы наркологической службы.

В задачи практического курса входит закрепление теоретических знаний, овладение слушателями практическими навыками диагностики, профилактики и лечения этой группы психических заболеваний.

Основными видами занятий являются лекции, семинары, практические занятия с демонстрацией больных.

В практическом курсе предусматривается резерв времени для изучения дополнительной информации по специальности с учетом особенности региона.

В программу включены изучение и закрепление практических навыков по работе с ПЭВМ.

Продолжительность обучения - 144 часа.

По окончании занятий проводится экзамен по всему пройденному материалу.

Приложение 6

Лист хронометража палатной медицинской сестры хирургического отделения МУЗ ОМСЧ «Севрыба» г. Мурманска.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование работы - сестринское дело | | | | | | | | | | Замечания наблюдателя | Средняя продолжительность (мин.) |
| № | Элемент исследования | Время продолжительности (мин.) по 5-ти дневке | | | | | | | |  |  |
|  |  | 1 | 2 | | 3 | 4 | | 5 | |  |  |
| 1. | Передача и прием смен | 10 | 12 | | 9 | 15 | | 11 | |  | 11,4 |
| 2. | Обучение пациентов | 15 | 21 | | 25 | 15 | | 20 | |  | 19,2 |
| 3. | Обсуждение проблем пациентов | 8 | 9 | | 8 | 10 | | 9 | |  | 8,8 |
| 4. | Участие в утренних конференциях | 5 | 7 | | 3 | 4 | | 5 | |  | 4,8 |
| 5. | Измерение температуры тела | 25 | 30 | | 30 | 25 | | 25 | |  | 27 |
| 6. | Подготовка к работе | 5 | 4 | | 7 | 3 | | 4 | |  | 4,6 |
| 7. | Приготовление дезрастворов, мытье рук, одевание халата | 5 | 5 | | 6 | 5 | | 6 | |  | 5,4 |
| 8. | Подготовка пациентов к процедуре | 3 | 4 | | 3 | 5 | | 3 | |  | 5,6 |
| 9. | Кормление пациентов | 30 | 25 | | 30 | 20 | | 30 | |  | 27 |
| 10. | Сопровождение анализов крови в лабораторию | 10 | 15 | | 13 | 10 | | 14 | |  | 12,4 |
| 11. | Получение и раскладка медикаментов | 16 | - | | - | 20 | | 25 | |  | 20,3 |
| 12. | Работа с документацией (история болезни и сестринские карты) | 60 | 55 | 42 | | 45 | 50 | |  | | 50,4 |
| 13. | Проведение инъекций | 40 | 57 | | 45 | 57 | | 52 | |  | 50,2 |
| 14. | Обед | 25 | 30 | | 30 | 30 | | 25 | |  | 28 |
| 15. | Текущая уборка | 15 | 15 | | 19 | 15 | | 15 | |  | 15,8 |
| 16. | Вызов пациентов во врачебный кабинет | 5 | 4 | | 5 | 3 | | 5 | |  | 4,4 |
| 17. | Инъекции: п/к, в/м, в/в | 20 | 25 | | 22 | 20 | | 21 | |  | 21,6 |
| 18. | Мытье инструментария, подготовка для сдачи в ЦСО | 9 | 13 | | 10 | 9 | | 7 | |  | 9,6 |
| 19. | Уборка процедурного кабинета | 10 | 10 | | 9 | 15 | | 11 | |  | 11 |
| 20. | Кварцевание | 10 | 10 | | 10 | 10 | | 10 | |  | 10 |
| 21. | Выполнение врачебных назначений, осуществление ухода за пациентами согласно плану, обработка предметов ухода | 35 | 30 | | 45 | 35 | | 40 | |  | 37 |
| 22. | Кратковременный отдых | 15 | 15 | | 15 | 15 | | 15 | |  | 15 |
| 23. | Отчет у старшей медсестры | 15 | - | | - | - | | 10 | |  | 12,5 |
| 24. | Постановка согревающего компресса | - | 14 | | 5 | - | | - | |  | 9,5 |
| 25. | Составление заявок на получение медикаментов | - | - | | 13 | - | | 15 | |  | 14 |
| 26. | Оформление направлений на исследование | 15 | 17 | | 16 | 16 | | 20 | |  | 16,8 |
| 27. | Обеспечение отделения перевязочным материалом | 40 | 10 | | 30 | 25 | | 30 | |  | 27 |
| 28. | Оценка эффективности сестринского процесса | 35 | 20 | | 20 | 15 | | 15 | |  | 21 |