

ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России

**Серия «Развитие сестринских компетенций —
вызовы XXI века»**

Основана в 2020 году

Выпуск 1

ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ

А. А. Модестов, Е. Г. Бирюкова, И.А. Борисов

РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЕСТРИНСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ

Москва
2020

УДК 616-083-053.2(07)
ББК 53.508я7
М74

Серия основана в 2020 г.

Рецензенты:

Коновалов О.Е., Заслуженный работник высшей школы России,
д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья,
здравоохранения и гигиены Российского университета
дружбы народов

Витковская И.П., к.м.н., заместитель главного врача
по организационно-методической работе
ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

М74 Развитие клинических сестринских компетенций: [учебное
пособие] / А. А. Модестов, Е. Г. Бирюкова, И.А. Борисов; ФГАУ
«НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. — М.: Полиграфист
и издатель, 2020 — 42 с. — (Развитие сестринских компетен-
ций — вызовы XXI века; Вып. 1).

ISBN 978–5–6044834–1–1

Серия «Развитие сестринских компетенций — вызовы XXI века» представляет ряд методических рекомендаций, направленных на развитие мотивации по совершенствованию клинических, коммуникативных и цифровых компетенций детских медицинских сестер, что будет способствовать развитию лидерских качеств и их профессиональному росту. Первый выпуск представляет собой описание тренингов, в которых ключевое место занимает тренинг «Векторы развития сестринских клинических компетенций».

Предназначено для руководителей сестринских служб, преподавателей медицинских колледжей, медицинских сестер.

УДК 616-083-053.2(07)

ББК 53.508я7

ISBN: 978–5–6044834–1–1



9 785604 483411

© ФГАУ «НМИЦ здоровья детей», 2020
© Модестов А.А., Бирюкова Е.Г.,
Борисов И.А., 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	6
ТРЕНИНГ 1. Готовность сестринского персонала к переменам	9
ТРЕНИНГ 2. Векторы развития сестринских клинических компетенций	18
ТРЕНИНГ 3. Тайм-менеджмент в работе и жизни	36
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	42

ПРЕДИСЛОВИЕ

В докладе ВОЗ «Состояние сестринского дела в мире. Вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров» (2020 г.) говорится о необходимости:

1. Вкладывать ресурсы в массированное ускорение развития сестринского **образования** — в преподавательский состав, инфраструктуру студентов — для удовлетворения глобальных потребностей и национального спроса на сестринские кадры.
2. Обеспечить укрепление **лидерской роли** работников сестринских служб — посредством воспитания нынешних и будущих лидеров — для обеспечения значимого участия сестринского персонала в повышении эффективности систем здравоохранения и социального обеспечения.

Особое внимание в докладе уделяется преодолению дефицита кадров медицинских сестер и акушерок, который носит глобальный характер. Россия не является исключением. По данным Минздрава России, на 01.01.2020 года в отрасли здравоохранения не хватает 130 тыс. медицинских сестер (Мурашко М.А., 2020¹). Дефицит медицинских кадров «приводит к повышению коэффициента совместительства, возрастанию физической и психологической нагрузки на медицинский персонал, снижению престижа профессии, ухудшению качества оказания медицинских услуг» (Стародубов В.И., Сон И.М., Леонов С.А., 2015²).

Попытка модернизировать спектр деятельности медицинских сестер была предпринята в рамках приказа Минздрава РФ от 25.06.2014 № 309, утвердившего дорожную карту по расширению функций медицинских сестер. Приказ был исполнен в ряде пилотных территорий, однако дальнейшего развития не получил.

¹ *Мурашко М.А.* Выступление на заседании Комитета Совета Федерации по социальной политике 29.01.2020 <http://council.gov.ru/events/news/112875/>

² *Стародубов В.И., Сон И.М., Леонов С.А. и др.* Медицинские кадры Российской Федерации. М.: Менеджер здравоохранения, 2015. С. 136.

Следует отметить, что механизм расширения полномочий и их изменение у медицинских сестер не увязывается с тремя основными группами компетенций: твердые (Hard-skills), мягкие (Soft-skills) и цифровые (Digital-skills) (Галажинский Э., 2018³).

Ряд авторов (Модестов А.А., Фисенко А.П. и др., 2019⁴) отмечают, что «проводимая оптимизация сестринской помощи не всегда увязывается с изменениями внутренней среды медицинских организаций, включающей цели, задачи, менеджмент, персонал, технологии».

С целью преодоления проблемных зон в подготовке медицинских сестер, Минздравом России совершенствуется в дистанционном формате система непрерывного образования, которая становится обязательным атрибутом медицинской профессии. Погружение в нее требует мотивации, самодисциплины и выработки устойчивых навыков работы, что в итоге, будет способствовать профессиональному росту сестринского персонала, развитию лидерских качеств, повышению роли в выработке политики здравоохранения и принятии решений.

Надеемся, что представленный в серии **«Развитие сестринских компетенций — вызовы XXI века»** учебный материал поможет по-новому оценить перспективы выбранной вами профессии, расширить диапазон клинических, коммуникативных и цифровых компетенций, развить лидерские качества и более успешно работать в команде, что будет способствовать вашему благополучию, здоровью населения и процветанию нашей страны.

³ Галажинский Э. Чему не учат в университетах. <https://www.vedomosti.ru/opinion/articles/2017/08/03/727760-ne-uchat-v-universitetah>

⁴ Модестов А.А., Фисенко А.П. и др. Стратегии и векторы развития сестринских исследований // Российский педиатрический журнал. 2019. № 22(3). С. 187–192.

ВВЕДЕНИЕ

Уважаемые коллеги! Мы вступили в век, который предъявляет новые требования к работникам и их образованию. На рынке труда ожидают специалистов творческих, мотивированных, компетентных, сознательных, нацеленных на результат, социально ответственных, профессионально подготовленных, в том числе для работы в командах, заинтересованных в саморазвитии, создании и внедрении инноваций.

В этой связи образовательная парадигма меняется от «передачи знания» к формированию и непрерывному обновлению компетенций, к образованию как матрице возможностей, способствующих непрерывному личностному и профессиональному росту и успешности в различных видах продуктивной деятельности.

Учиться самостоятельно можно всегда и везде, в соответствии с личными представлениями о том, как это делать. Можно делать это без особых методик — просто брать книгу по какой-то теме, читать ее, искать в Рунете непонятное. Но, как и в физическом труде, специальные инструменты повышают эффективность и скорость обучения.

Перед командой создателей учебного пособия была поставлена сложная задача — представить материал в форме, мотивирующей медицинских сестер к профессиональному самообразованию, развитию лидерских качеств, адаптации к изменениям.

Мы представляем серию «Развитие сестринских компетенций — вызовы XXI века» в виде тренингов. Это даст вам, уважаемые коллеги, возможность самим участвовать в процессе непрерывного личностного и профессионального роста. Мы не расписываем подробно каждый шаг тренировочного процесса, так как полагаемся на вашу заинтересованность и самостоятельный поиск дополнительной информации. Этому будут способствовать задания, размещенные в конце каждого тренинга.

Главная задача методических рекомендаций — дать медицинским сестрам практический инструментарий, повышающий

эффективность самообразования. С этой целью мы решили воспользоваться рекомендациями американского предпринимателя и эссеиста Пола Грэма о том, что нужно делать, чтобы учиться намного эффективнее в нашей интерпретации.

1. Фокусируйтесь на нескольких областях

Многие успешные люди достигают больших результатов потому, что они образованы и проявляют любопытство во многих сферах. Например, если вы хотите добиться высоких результатов в профессиональной деятельности, то недостаточно овладеть только клиническими (твердыми) компетенциями. Спектр компетенций расширяется за счет коммуникативных (мягких) и цифровых компетенций. Фокусируйтесь на разных областях, читайте книги, обучайтесь на разнообразных курсах и семинарах и смотрите образовательные видео.

2. Рассматривайте всё как возможность учиться

Не стоит думать, что вы учитесь, только когда читаете учебники или статьи. Всё, что происходит вокруг, — повод узнать что-то новое. Смотрите на обучение как на интеллектуальную игру или развлечение. Обычный художественный фильм дает массу поводов испытать себя: размышлять о человеческой психологии, перипетиях сюжета, игре актеров и многом другом.

3. Делитесь и учите

Возможно, вы слышали, что лучший способ впитать новые знания — обучать кого-то другого. Есть такая притча: «Если у тебя и у меня есть по яблоку и мы обменяемся ими, то у каждого останется по одному яблоку. Если у тебя есть идея и у меня есть идея и мы обменяемся ими, то у каждого будет по две идеи». Прислушайтесь к этому совету и ищите людей, которые заинтересованы в обучении. Учите собственных детей, детей ваших пациентов, их родителей, коллег. Объединяйтесь с другими, чтобы делиться опытом и идеями: вы получите обратную связь и станете более востребованными.

Учите и учитесь, меняйтесь идеями.



4. Сделайте обучение своим стилем жизни

Повод для обучения можно найти в любой ситуации. В медицинской среде постоянно говорят о необходимости здорового образа жизни (ЗОЖ). Однако сам по себе ЗОЖ не становится доминантой поведения ребенка, его семьи, медицинского персонала. Это составляющая стиля жизни (СЖ) Существуют десятки формулировок СЖ. В контексте методических рекомендаций мы считаем наиболее подходящей следующую: «Жизненный стиль — уникальный способ достижения своих целей, избираемый личностью. Это комплекс средств, позволяющих приспособиться к окружающей действительности» (Д.А. Леонтьев, 2005)⁵. Столкнулись с конфликтом? Отлично. Есть шанс применить на практике полученные навыки. Общаетесь с тяжелым и даже неприятным человеком? Чего горевать — вспомните прочитанные статьи и используйте то, что знаете. Любая жизненная ситуация может повысить ваши навыки. Стоит лишь посмотреть на неприятное обстоятельство как на вызов, формирующий ваш характер.

В дополнение к рекомендациям Пола Грэма мы хотим добавить цитату римского философа Луция Сенеки: «Необходимость часто приходит в одежде случайности». Однако чтобы разглядеть и принять «необходимость», нужен определенный опыт.

⁵ Леонтьев Д.А. Общая психология. Словарь / Под ред. А. В. Петровского. — М.: Per Se; СПб.: Речь, 2005. — 250 с.

ТРЕНИНГ 1.

ГОТОВНОСТЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ПЕРЕМЕНАМ

По мнению западных специалистов, большинство руководителей забывают важнейший принцип управления переменами: **организации не меняются, меняются люди**. Оценка ситуации в здравоохранении страны, связанная с оптимизацией, исходя из этого принципа, позволяет говорить об изменении структуры медицинских организаций (это не потребовало много времени). Оптимизация не сопровождалась целенаправленной работой по изменению человеческого капитала медицинской организации. Это процесс длительный, ориентированный на перенесение инициатив по переменам (изменениям) на каждого работника, которого эти изменения коснутся.

Готовность сестринского персонала к обновлениям в отрасли, как показали наши исследования, базируется:

- на внутренней мотивации работников, способствующей развитию лидерских качеств, участию в сестринских исследованиях, расширению диапазона знаний, коммуникативных и цифровых навыков, ответственности, профессиональному и личностному росту;
- на умении менеджмента выстроить среду медицинской организации с учетом теории поколений.

Сестринский персонал России, по данным Росстата, на 01.01.2018 г. составлял 1537,9 тыс. человек. Мы сгруппировали этот массив, используя теорию поколений, разработанную американскими учеными Н. Хоувом и В. Штраусом.⁶ В рамках теории

⁶ Голубинская А.В. К вопросу о поколенной модели Хоува-Штрауса // International Journal of Humanities and Natural Sciences. 2016. V. 1. Pt 2. P. 98–101. <http://intjournal.ru/wp-content/uploads/2016/11/Golubinskaya-1.pdf>

выделяется несколько поколений, родившихся в XX и на рубеже XX и XXI веков.

1. Поколение беби-бумеров (1943–1963 г.р.) — 57 лет и старше (19,3% от общего числа медицинских работников). События, сформировавшие ценности: советская «оттепель», покорение космоса, СССР — мировая супердержава, «холодная война», единые стандарты обучения в школах и гарантированность медицинского обслуживания. Ценности: оптимизм, заинтересованность в личностном росте и вознаграждении, в то же время коллективизм и командный дух.

2. Поколение X (1963–1984) — 36–55 лет (54,4%). События, сформировавшие ценности: продолжение «холодной войны», перестройка, СПИД, наркотики, война в Афганистане. Ценности: готовность к изменениям, возможность выбора, глобальная информированность, техническая грамотность, индивидуализм, стремление учиться в течение всей жизни, неформальность взглядов, поиск эмоций, прагматизм, надежда на себя.

3. Поколение миллениум, или поколение Y (1984–2000) — до 36 лет (22,3%). События, сформировавшие ценности: распад СССР, теракты и военные конфликты, развитие цифровых технологий. Мобильные телефоны и интернет — их привычная действительность. Эпоха брендов. Ценности: свобода, fun (веселье), результат как таковой.

Поколение Z (2000 г.р.) только вступает в образовательную профессиональную среду. Его ценности находятся в процессе формирования.

Наше исследование (Модестов А.А., Фисенко А.П., Бирюкова Е.Г., 2020)⁷ выявило глубинные ценности поколений (любовь к профессии, к детям, желание осваивать новые технологии, работать в команде и др.). Это является важным ориентиром для менеджмента медицинских организаций в части формировании компетенций, предъявляемых к сестринской профессии. Ядром профессии медицинской сестры, безусловно, являются клинические компетенции, которые поддерживаются и развиваются с помощью доказательной сестринской практики, пациент-ориентированного

⁷ Модестов А.А., Фисенко А.П., Бирюкова Е.Г. Развитие сестринских компетенций в педиатрии // Российский педиатрический журнал. 2020. Т. 23. № 2. С. 106–116.

подхода, выстраивания отношений с коллегами, умения работать в команде.

Главное отличие этих поколений заключается в переходе от ценностей к мотивациям (ценности, как правило, изменяются медленнее, чем социальная действительность). Чем старше поколение, тем более болезненно оно воспринимает изменения. Здесь многое зависит от лидеров, которые поддерживают готовящиеся перемены в каждом поколении медицинских сестер. Задача лидеров — организовать вовлеченность медицинских сестер в процесс изменений, используя факторы, прямо влияющие на вовлеченность и лояльность сотрудников: стратегия развития и деятельности медицинской организации, организация труда персонала, организационный климат и возможности самореализации сотрудников в ходе участия в переменах.

Начнем с того, как сформировать и встроить готовность к переменам в систему собственных ценностей, в стиль жизни. К переменам люди относятся по-разному. Перемены начинаются с информации, ее своевременности и качества. Восприятие новой информации зависит от психофизиологических особенностей человека. Одни интроверты, другие экстраверты. «Аудиалы» воспринимают информацию лучше на слух, «визуалы» больше ориентированы на картинки. Восприятие профессиональной информации в среде медицинских сестер имеет и гендерный оттенок, а ее оценка может быть связана с возрастом и стажем (теория поколений, на чем мы остановимся ниже) и т.д.

Готовности к переменам может помочь «кривая принятия ситуации/решения». Эта технология используется в различных тренингах, направленных на развитие персонала и менеджмента организаций. Ее автором является американский психолог Элизабет Кюблер-Росс (1926–2004 гг.). Кривая состоит из пяти базовых понятий: шок, отрицание, гнев, торг, депрессия (рис. 1). Каждое из этих понятий «выбивает» специалиста из зоны комфорта. С какой скоростью и с чьей поддержкой Вы преодолете маршрут до «ПРИНЯТИЯ», каковы были на этом пути потери и приобретения?

Итогом преодоления базовых понятий является процесс ПРИНЯТИЯ, проявлением которого являются возможности и выгоды. Вы можете вспомнить немало случаев из своей практики, кото-



Рис. 1. Кривая принятия Элизабет Кюблер-Росс.

рые так или иначе размещаются на кривой принятия. В качестве примера опишем ситуацию, связанную с информированием матери о том, что у нее родился ребенок с болезнью Дауна. Первая реакция — это шок: «как это могло произойти, кто виноват, что я буду делать и т.д.». Затем следует стадия отрицания: «этого не может быть, так как я и отец ребенка здоровы, медицинские работники не выполнили все необходимые исследования...». Стадия гнев обращена на медицинский персонал: «куда смотрели до родов, почему не предупредили...». Торг со стороны матери направлен на поиск авторитетных консультаций и клиник, где ребенку могут оказывать помощь. Депрессия связана с перспективами воспитания ребенка (возрастом матери, семейным положением и достатком, социальной депривацией относительно детей-инвалидов). ПРИНЯТИЕ случившегося матерью сопровождается ее поступками: анализом существующей ситуации, действиями, направленными на укрепление жизнеспособности ребенка, поиском поддержки со стороны общества и семьи. На каждой из этих стадий рядом с матерью и родившимся ребенком будет медицинская сестра, и поддержание эффективного контакта с матерью будет зависеть от понимания медсестрой, на какой стадии «кривой принятия» находится мать.

Принятие — это готовность к переменам и изменениям в медицинской организации, в образе собственной жизни, отношении

Четыре компонента, необходимые для изменения методов работы

I. ОБЪЯСНЕНИЕ И УБЕЖДЕНИЕ

Я знаю, чего от меня ждут, согласен с тем, что это необходимо, и понимаю, что это важно

II. ЛИЧНЫЙ ПРИМЕР

Я вижу изменения в поведении моих руководителей, коллег и подчиненных

Изменение
образа мышления
и поведенческих
стереотипов

III. РАЗВИТИЕ СПОСОБНОСТЕЙ И НАВЫКОВ

У меня есть навыки и способности, необходимые для того, чтобы освоить новую модель поведения

IV. ПОДДЕРЖКА ПРЕОБРАЗОВАНИЙ С ПОМОЩЬЮ ФОРМАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ

Структуры, процессы и системы поддерживают изменения в поведении, которые от меня требуются

Рис. 2. Компоненты изменения методов работы.

к окружающему, это ответ на десятки вызовов, с которыми сталкивается медицинский работник, что требует изменения образа мышления и поведенческих стереотипов. В первую очередь это касается привнесения изменений в методы работы с персоналом (рис. 2).

Вспоминается случай, о котором на одном из конгрессов педиатров России рассказал классик, легенда нескольких поколений врачей-педиатров проф. В.К. Таточенко. К нему на прием пришла очень расстроенная мама с мальчиком 6 лет и трагическим голосом сообщила, что ребенок в течение года болел 11 раз. На что Владимир Кириллович невозмутимо ответил маме: «но ведь главное, что он 11 раз поправился». Встреча с профессором приобрела совершенно другой оборот — из состояния депрессии и тревоги мать вступила в фазу ПРИНЯТИЯ и надежды.

Одна из самых популярных и успешных моделей управления изменениями была создана в 1940-х годах Куртом Левином, который считается основателем концепции управления изменениями. Левина интересовало, какие факторы или силы влияют на ситуацию в данный момент времени, особенно на социальные преобразования. Левин определил любое изменение в человеческой системе как «изменение в три этапа»: разморозить, изменить и заморозить (рис. 3).

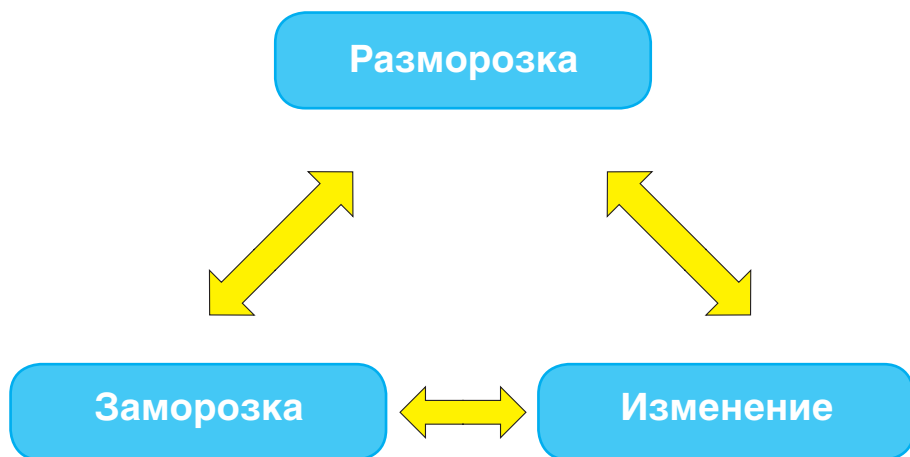


Рис. 3. Модель управления изменениями К. Левина.

Разморозка — это подготовительный этап, который помогает тем, на кого повлияет реформа, сломать текущее положение застоя и признать, что изменение неизбежно. Ключевой момент в том, чтобы отметить причины, по которым текущее состояние имеет недостатки и не может продолжаться.

Изменение. На этом этапе вовлечение работников, а также хорошая коммуникация используются для реализации изменений. Там, где стадия разморозки может быть стрессовой, стадия изменений остается немного стрессовой, но она продвигается независимо от поддержки и постоянного общения. На этом этапе слухи развеиваются, и каждый имеет право действовать.

Заморозка. Наконец, необходимо выполнить фазу повторного замораживания, что позволяет укоренить изменения, которые были инициированы на этапе «Изменение». Разрабатываются стратегии, которые могут помочь закрепить эти преобразования, чтобы они не вернулись на старые рельсы.

«Гладко было на бумаге, да забыли про овраги» гласит русская пословица. Почему не удаются или буксуют процессы, связанные с «оптимизацией» отечественного здравоохранения? В различных источниках можно найти информацию о нехватке кадров врачей и медицинских сестер, стойком перемещении центра тяжести финансирования здравоохранения из первичного звена в высокотехнологичные виды помощи, низкой готовности медицинских

кадров к переменам. И все чаще звучит «афоризм» экс-премьера В.С. Черномырдина «хотели как лучше, а получилось как всегда...».

На заре перестройки в России вышла книга Т. Питерса и Р. Уотермена «В поисках эффективного управления», в которой была представлена модель 7- S, которая идеально подходит к медицинским организациям любого уровня. Модель включает семь элементов: общие ценности, стратегия, структура, системы, навыки, персонал, стиль (рис. 4).

Модель может помочь медицинским организациям обеспечить согласованность следующих основных элементов:

Общие ценности: основополагающие ценности медицинской организации, ее миссия и принципы корпоративной культуры.

Навыки: основные способности, возможности и компетенции персонала медицинской организации.

Персонал: характеристики всех ключевых рабочих ролей, включая демографию, мотивацию, обучение и вознаграждение.

Стиль: модели поведения всех подразделений медицинской организации, стиль руководства и его значение в преобразованиях.

Стратегия: общая цель медицинской организации, и как она стремится превзойти конкурентов.

Структура: структурное разделение работы внутри медицинской организации и взаимодействие между подразделениями.



Рис. 4. Модель 7-S Т. Питерса и Р. Уотермена.

Системы: определенные процедуры в распределении ресурсов, измерения эффективности и вознаграждения.

Менеджмент медицинской организации может опираться на эти элементы, чтобы увидеть, где необходимы перемены, или обеспечить взаимное усиление каждого элемента для введения инноваций и поддержания качества работы. Проведенные нами исследования показывают, что процесс изменений затронул все без исключения медицинские организации, однако такой комплексный подход в большинстве медицинских организаций не используется. Миссия медицинской организации, корпоративная культура, воспитание лидерских качеств, готовность к переменам медицинского персонала так и остаются Terra incognita для абсолютного большинства медицинского персонала.

ЗАДАНИЯ ПО ТРЕНИНГУ

1. Назовите авторов «Теории поколений», какие возрастные категории она включает.
2. Кто автор «кривой принятия» и какие базовые понятия она включает?
3. Назовите основные компоненты, определяющие изменения в работе.
4. Кто автор модели управления изменениями? Опишите составляющие модели, дайте им краткую характеристику.
5. Назовите 7 элементов модели Т. Питерса и Р. Уотермена.
6. Вспомнить любую инновацию в Вашей работе и связанные с ней перемены в контексте модели Т. Питерса и Р. Уотермена. Оцените каждый элемент модели по пятибалльной шкале от 5 (максимум) до 1 (минимум):
 - сумма баллов 7 элементов (27–35) свидетельствует о высоком уровне управления переменами в Вашей медицинской организации применительно к рабочему месту (должности);
 - сумма баллов 7 элементов (19–26) свидетельствует о среднем уровне управления переменами в Вашей медицинской организации применительно к рабочему месту (должности);
 - сумма баллов 7 элементов (11–18) свидетельствует о низком уровне управления переменами в Вашей медицинской организации применительно к рабочему месту (к должности);

- сумма баллов 7 элементов (7–10) свидетельствует о неудовлетворительном уровне управления переменами в Вашей медицинской организации применительно к рабочему месту (должности).
7. После проведения этой оценки:
- вернитесь к «кривой принятия» и найдите на ней ту стадию, которая нарушила Вашу зону комфорта, к чему Вы оказались не готовы, оцените внешние и внутренние факторы, затруднявшие Ваше возвращение в зону комфорта;
 - оцените качество информации, предшествующей переменам, и проблемные зоны в вашем стиле жизни, способствовавшие или затруднившие эффективное вхождение в новую среду.
-

ТРЕНИНГ 2.

ВЕКТОРЫ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКИХ КЛИНИЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ

Организация сестринского дела — одно из приоритетных направлений деятельности ВОЗ, которое включает клиническую специализацию медицинских сестер в результате появления новых технологий диагностики и лечения болезней, их профилактики и укрепления здоровья населения (Цешковский М.С., Кирсанова Е.В., 2010⁸).

В ходе работы над методическими рекомендациями, мы встретились с преподавателем сестринского дела одного из медицинских колледжей, которая старалась нас убедить в том, что «медицинская сестра — это прежде всего руки, а остальное не суть важно».

В отличие от подобной точки зрения, мы считаем, что эволюция развития сестринского дела в России и за рубежом в значительной степени связана с расширением функций медицинских сестер. Это является ответом на вызовы профессиональной деятельности, обусловленные развитием технологий, совершенствованием диагностической и лечебно-реабилитационной работы в первичном звене здравоохранения и в медицинских организациях второго и третьего уровня.

Вместе с тем, это не механическое расширение полномочий, а их качественное изменение, связанное с развитием доказательной сестринской практики, персонализированной медициной, высокотехнологичными видами лечения, цифровизацией здравоохранения, сестринскими исследованиями. Однако система обуче-

⁸ Цешковский М.С., Кирсанова Е.В. Специальность «Сестринское дело» в программах Всемирной Организации Здравоохранения. Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». 2010. № 1 (13). <http://vestnik.mednet.ru/content/view/778/27/lang.ru/>

ния и повышения квалификации, менеджмент медицинских организаций не в полном объеме учитывает эти новые вызовы.

Так, в интервью телеканалу НТВ, касаясь вопроса подготовки медицинских кадров, Е.В. Шляхто⁹ отметил следующее: «Реальные технологии ушли дальше, чем система образования. А реальная жизнь — она абсолютно другая. Поэтому наша задача сегодня — учить специалиста реальной жизни». В понятие «реальной жизни» встраиваются новые компетенции медицинских сестер (табл. 1).

По мнению Э. Галажинского¹⁰, возникают новые понятия, связанные с профессиональными компетенциями. Автор обращает внимание на то, что речь идет не о конкретных навыках (в каждой профессии они будут разными), а о группах компетенций, которых до недавнего времени было две (твердые и мягкие навыки).

К первой группе относится всё, что можно довести до автоматизма в профессиональной сфере. Например, у медицинских сестер к твердым навыкам можно отнести уход за больными конкретными нозологиями, взятие крови на анализ, установка капельниц и т.п.; твердыми компетенциями ограничивала деятельность современных медицинских сестер преподаватель медицинского колледжа.

Ко второй группе компетенций относятся мягкие компетенции (коммуникативные навыки, которые включают умение убеждать других, презентовать себя и свои идеи, работать в команде, брать на себя ответственность).

Третья группа компетенций появилась в связи с развитием электронного здравоохранения и представляет собой участие сестринского персонала в широком круге мероприятий, предполагающих применение электронных ресурсов для предоставления связанной со здоровьем информации и услуг в интересах здоровья.

Перечень компетенций и их краткое содержание представлены в табл. 1.

⁹ Шляхто Е.В. Интервью телеканалу НТВ. 2018. <https://www.rosminzdrav.ru/news/2018/06/26/8342-intervyu-telekanala-ntv-s-glavoy-tsentra-imeni-v-almazova-evgeniem-shlyahto>

¹⁰ Галажинский Э. Чему не учат в университетах. <https://www.vedomosti.ru/opinion/articles/2017/08/03/727760-ne-uchat-v-universitetah>

Таблица 1. Компетенции сестринского персонала

Группы профессиональных компетенций	Содержание компетенций, ориентированное на результат	Средства получения компетенций
Hard skills (твердые)	Образовательный стандарт. Компетенции, которые необходимо довести до автоматизма в сестринском деле, у акушерок, лаборантов, фельдшеров. Аккредитация сестринского персонала	Симуляционные центры/классы. Профессиональные стандарты (разработано 38 стандартов), в т.ч. внутриучрежденческие стандарты, связанные с уровнем медицинской организации в системе здравоохранения
Soft skills (мягкие)	Коммуникативные и лидерские компетенции, самоменеджмент. Навыки исследовательской работы	Среда медицинской организации. Тренинги, мастер-классы, методические рекомендации по подготовке статей, тезисов, постерных докладов. Наличие диапазона возможностей для публикаций и выступлений
Digital skills (цифровые)	Стандартный пакет цифровых компетенций для медицинских сестер, работающих в медицинских организациях трехуровневой системы (базовый и специальный)	Дистанционные обучающие программы. Работа в социальных сетях, электронная медицинская документация. Электронный рубрикатор лекарственных средств. Цифровая база данных лабораторных исследований

Сестринские клинические компетенции (твердые) получили свое развитие и включают:

- доказательную сестринскую практику;
- клинические сестринские исследования;
- нозологический подход;
- семейно-ориентированный подход;
- доставку медицинских услуг;
- пациент-ориентированную помощь;
- формирование опыта пациента.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

(Evidence-Based Medicine) — это добросовестная медицинская деятельность, эффективность и безопасность которой обоснованы результатами клинических исследований.

Она противопоставляется такому подходу в лечении людей, в основу которого положены экономические соображения, личное мнение специалиста, рекламные материалы и т.п.)



Рис. 5. Определение доказательной медицины.

Рассмотрим подробно каждую составляющую клинических компетенций.

Доказательная сестринская практика

Отцом доказательной медицины (ДМ) является Арчибальд Кокран. Он предложил следующую формулировку: «Доказательная медицина — это технология сбора, обобщения и анализа медицинской информации, позволяющая формулировать научно-обоснованные решения в медицине» (рис. 5).

Доказательная сестринская практика (ДСП), как составляющая ДМ, определяется «как интеграция лучших, научно обоснованных данных, профессиональной квалификации и участия пациента в принятии клинических решений» (Sackett D.L., Straus S.S., et al. 2000¹¹). Это ответ на вызовы пациентов (родителей ребенка-пациента), у которых, благодаря широкому использованию Интернета, появляется все больше информации, а следовательно, и претензий к оказанию качества медицинской помощи.

ДСП включает четыре компонента:

- клиническое состояние пациента;
- окружающая обстановка и обстоятельства заболевания;
- предпочтения и действия пациента /его родителей;
- научно обоснованные данные и ресурсы системы здравоохранения.

¹¹ Sackett D.L., Straus S.S., Richardson W.S., Rosenberg W., Haynes R.B. Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000. 261 p.

Эти четыре компонента объединяются с помощью пятого всеобъемлющего элемента — профессионального мастерства (DiCenso A., Cullum N., Ciliska D., 1998¹²).

Существует множество причин для внедрения ДСП как нового пути мышления и сестринской практики. Эта новая система взглядов потенциально приносит пользу самим медицинским сестрам, другим работникам системы здравоохранения, организациям и обществу в целом.

Клинические сестринские исследования

Клинические сестринские исследования (КСИ) являются неотъемлемой составной частью модели деятельности современной медицинской сестры и направлены на повышение качества оказания медицинской помощи, ориентированной на пациента.

КСИ — научный процесс, который утверждает и уточняет существующие знания и приводит к появлению новых знаний, которые прямо или косвенно влияют на практику ухода за пациентами.¹³

Факторы, влияющие на проведение клинических сестринских исследований, были выявлены нами в ходе социологических опросов 486 медицинских сестер, принимавших участие в Форумах детских медицинских сестер России, и представлены в [табл. 2](#).

Респонденты представляли 59 субъектов федерации и работали в медицинских организациях, оказывающих услуги на различных уровнях системы здравоохранения.

Исследование показало, что КСИ до настоящего времени носят единичный характер. В основе этого явления лежит формирование лидерских и исследовательских навыков, опыта написания статей, тезисов, постерных докладов и т.д., которые не являются обязательными составляющими процесса подготовки медицинских сестер.

В медицинских организациях, за редким исключением, не создана среда, способствующая включению сестринского персонала в КСИ.

¹² DiCenso A., Cullum N., Ciliska D. Implementing evidence-based nursing: Some misconceptions // Evidence-Based Nursing. 1998. № 1. P. 38–40.

¹³ Grove & Burns. Understanding Nursing Research: Philadelphia: Saunders. 1995.

Таблица 2. Перечень факторов, влияющих на проведение сестринских клинических исследований

N	Перечень факторов, влияющих на участие в клинических исследованиях	Ранговое распределение
1	Личная инициатива	
2	Инициатива администрации	
3	Инициатива сестринской ассоциации	
4	Включение участия в сестринских исследованиях, публикаций, выступлений с докладами в эффективный контракт	
5	Возможность участия в научно-практических конференциях, вебинарах	
6	Развитие коммуникативных и лидерских компетенций	
7	Нехватка личного времени	
8	Отсутствие навыков проведения научных исследований	
9	Наличие в учреждении специалиста (подразделения), занимающегося организацией сестринских научных исследований	

Изучение мнения медицинских сестер о факторах, влияющих на приверженность к клиническим исследованиям, показало, что ведущей компонентой является наличие в медицинской организации лица / подразделения, курирующего этот процесс и способного оказать реальную помощь. Эффективным способом включения в исследования является побуждение в виде материального стимулирования, участия в научно-практических конференциях, возможность публикации полученных результатов и, как следствие, получение более высокой квалификационной категории и / или служебного роста.

КСИ завершаются подготовкой доклада (устного, постерного), публикации статей и тезисов работ.

Нозологический подход

Нозологический подход (НП) — группировка пациентов по состоянию с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния единообразными клиническими манипуляциями. НП — это

набор компетенций медицинской сестры, который ориентирован как на клиническую картину болезни, возраст ребенка, его психофизиологические особенности, так и на уровень медицинской организации, в которой оказывается медицинская помощь.

Например, перечень необходимых манипуляций по поводу болезни Гиршпрунга на этапах подготовки детей к операции, в послеоперационном периоде и больничной реабилитации пациентов.

НП успешно применяется в работе школ для пациентов, страдающих диабетом, астмой, заболеваниями, связанными с нарушениями обмена веществ, редкими заболеваниями и т.д.

Семейно-ориентированный подход

Семейно-ориентированный подход (СОП) — еще один вектор развития сестринских клинических компетенций, который базируется на основных принципах семейной медицины. Семейная медицина как отрасль медицинской науки уходит своими корнями в историю медицины. Так, в США до середины XX века почти все врачи занимались общей практикой. Это означало, что они лечили все заболевания без ограничений, основанных на особой природе патологии или на половой принадлежности пациента. Аналогичная ситуация на протяжении XIX века и в начале XX столетия наблюдалась и в странах Европы и России.

Семейная медицина — это академическая и научная дисциплина, имеющая свой предмет изучения, преподавания, исследований в рамках доказательной медицины, клинической деятельности, кроме того, это клиническая специальность, ориентированная на оказание первичной медицинской помощи

Американская коллегия врачей предлагает следующее определение семейно-ориентированного подхода: «Это такой подход к планированию, предоставлению и оценке услуг здравоохранения, который основан на взаимовыгодном партнерстве для поставщиков данных услуг, пациентов и их семей». Ими же разработаны четыре основных принципа пациент-ориентированного здравоохранения и вовлечения семей в систему заботы о здоровье.

I. К пациентам и их семьям необходимо относиться с уважением и почтением

Коллегия отметила, что пациенты часто определяли качество услуг по тому, насколько к ним относились с уважением и почтением. В руководстве указано, что пациенты считают почтением и уважением, когда медицинский персонал относится к ним как к индивидуальностям, уделяет отдельное внимание, слушает пациента и проявляют эмпатию в отношении случая обращения.

Для того чтобы сделать лечение более персонифицированным, Коллегия рекомендует начать с мелочей: медицинский работник может уточнить, как пациенту будет удобно построить процесс взаимодействия; использовать понятную речь для обсуждения текущей ситуации клиента; дать возможность пациенту видеть, что специалист печатает в его электронной медицинской карте внутри медицинской информационной системы.

II. Пациенты и семьи должны стать активными партнерами поставщиков услуг здравоохранения на всех этапах совместной работы

Для интеграции семьи в процесс заботы о здоровье пациента медицинские учреждения могут вовлечь домашних в принятие решений о лечении, информировать их о целях лечения, привлекать к составлению и контролю расписания приемов для их родственника и сделать членов семьи помощниками в соблюдении пациентом назначений доктора.

III. Медицинским организациям стоит поощрять пациентов и их семьи вносить вклад в развитие и улучшение системы здравоохранения

Включение пациентов и членов их семей в усовершенствование системы здравоохранения — это важнейший ресурс для учета потребностей всех участников процесса лечения. Пациенты и их семьи могут делиться своим видением системы, которое может быть не в полной мере учтено профессионалами системы здравоохранения.

Коллегия также рекомендует медицинским организациям создавать консультативный совет, состоящий из активных пациентов и семей, чтобы собирать идеи участников и учитывать их в своих

инициативах, а также укреплять партнерские отношения «врач-пациент». В дополнение к совету, клиники могут привлекать пациентов к проектированию пространства больницы, анализу и усовершенствованию обучающих материалов для медицинского персонала, процедурам контроля качества различного профиля.

IV. Пациенты и их семьи должны быть партнерами клиник в рамках образования профессионалов здравоохранения

Исторически образование профессионалов здравоохранения больше сфокусировано на диагностике и лечении заболевания, нежели на учете предпочтений, ценностей и убеждений пациентов и их семей. Чтобы эффективно развивать будущих врачей в парадигме пациент-ориентированного подхода к здравоохранению, пациенты должны быть в центре планирования учебного курса.

Иногда нам говорят, что это относится только к врачам. Но одним из вызовов времени для медицинских сестер является умение работать в команде с врачами. Врач – медицинская сестра — больной — это неделимый триумвират медицинской организации.

В качестве отрицательного примера приводим без купюр записи пациентов, которые были размещены на сайтах детских медицинских организаций:

1. «Лежали в травматологии с сотрясением головного мозга (ребёнку 3 года 7 месяцев). В палату положили подростка с высокой температурой, кашлем (подозрение на пневмонию) и сотрясением. Нас переложили в соседнюю палату. 6 человек 3 кровати + детский кювет. Это жуть! Через 2 дня потекли сопли у сына. Выписались 19.02 и 23.02 легли в пульмонологию — пневмония! Спасибо тем, кто положил к нам больного мальчика! Легли с сотрясением — выписались с пневмонией. Вот такая вот больница!»
2. «Очень ужасно! Если у вас маленький ребёнок, то ложиться сюда нужно только в крайней необходимости! Розетки не работают, в палате дурдом! Моему ребёнку 1 год и 6 месяцев! В палате: 2 мальчика 9 и 12 лет + две мамы с двумя девочками 6 и 9 лет. Ну и я с сыном. Хотя палата рассчитана максимум на 5 человек! [...] В коридорах дети носятся, за ними никто не следит! Ребёнок заболел на 3 сутки, хотя приехали абсолютно здоровыми! У нас

красное горло и сопли ручьём. Теперь не могут делать половину анализов, так как ребёнок заболел. Всему персоналу плевать, что он маленький, в 2-местных палатах должны лежать тяжело больные дети, а на деле лежат по блату знакомые знакомых! [...] А в результате ребёнок не спит четвёртые сутки и я вместе с ним!»

3. «Ложились на госпитализацию, в регистратуре подошли узнать куда нам идти, женщина, которая там сидела, сначала говорила по телефону минут 15, даже не посмотрев наши документы стала орать, что мест нет, приезжайте завтра, мол все сюда приезжают за 150 км и вы приедете, хотя у нас уже была на руках история болезни, тем самым напугала трёхмесячного ребенка».

Появление подобных отзывов свидетельствует о том, что семейно-ориентированный подход до настоящего времени не включен в систему профессиональных компетенций медицинского персонала.

Потребность в СОП определяется не только клиническими особенностями пациентов, высокими технологиями, мультидисциплинарным подходом и работой медицинских сестер в команде. Составляющая успеха во многом зависит и от характеристики семьи, ее социального статуса и установок. СОП — это улица с двусторонним движением! (рис. 6)

Характеристика семьи

ФАКТОРЫ КУЛЬТУРНОГО УРОВНЯ

Культура
Субкультура
Социальное положение



СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ

Референтные группы
Семья
Роли и статусы

ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ

Возраст и этап
жизненного цикла семьи
Род занятий
Экономическое
положение
Образ жизни
Тип личности
и представление
о самом себе



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Мотивация
Восприятие
Усвоение
Убеждения и отношения

Рис. 6. Факторы, определяющие статус семьи.

В ходе тренинга медицинские сестры разрабатывают рекомендации по ЗОЖ для той или иной семьи, исходя из уровня образования, дохода; увязывают критерии эффективности рекомендаций с полом и возрастом, психофизиологическими особенностями членов семьи, семейными традициями, с местом проживания (город, сельская местность), климато-географическими особенностями территории и т.д.

Доставка медицинских услуг

Важен механизм доставки комплекса услуг (манипуляционных, психологических, педагогических и др.) пациентам и их родителям. Механизм доставки медицинских услуг определяется как «мероприятия по организации оказания помощи, включающие внесение изменений в то, кто получает помощь, в то, кто оказывает помощь, в условия труда тех, кто оказывает помощь, в использование информации и коммуникационных технологий для оказания помощи, а также в системы качества и безопасности» (Кокрейнровский обзор, 2016). Доставка медицинских услуг регламентируется СОПами, алгоритмами и инструкциями (рис. 7).

В качестве примера успешной доставки медицинских услуг пациенту приводим несколько отзывов пациентов, скопированных нами с сайтов детских медицинских организаций.



Рис. 7. Знание СОПов гарантирует качество медицинской манипуляции.

1. « Спасибо огромное хирургу ... за проведённую операцию моему сыну. Замечательный человек, профессионал своего дела, золотой доктор! Отделение хирургии — все умнички, персонал просто на высшем уровне. За все 5 дней, что мы там лежали, одни позитивные эмоции. Как будто побывали в санатории. Огромная благодарность всему персоналу отделения хирургии».
2. «Весь персонал очень внимательный! И не важно из какого отделения. Никто не проходит мимо. Умнички! Низкий поклон! Сидела, в коридоре, ждала итог операции сына, весь персонал уделял внимание, никто не прошёл мимо. Золотые сердца работают в этой больнице. Спасибо!»

Рекомендуем регулярно читать отзывы пациентов на сайте вашей медицинской организации и совершенствовать механизм доставки медицинских услуг пациентам.

Пациент-ориентированная помощь

В изученных нами литературных источниках мы нашли десятки определений пациент-ориентированной помощи (ПОП), основной смысл которых представлен как «Соответствие предоставляемых медицинских услуг индивидуальным предпочтениям, потребностям и ценностям пациента, включающим деликатное отношение к пациенту; осознание пациентом / родителями ответственности за здоровье и привлечение его / их к сотрудничеству; улучшение взаимодействия пациент-специалист»¹⁴.

Задачам методических рекомендаций отвечает определение Института Пиккера и Гарвардской медицинской школы (1993), согласно которому ПОП — это «инновационный подход к планированию, предоставлению и оценке медицинской помощи, который основан на безусловно выгодном партнерстве между представителями здравоохранения, пациентами и семьями пациентов».

В книге «Глазами пациента: понимать и способствовать пациент-центрированной помощи» описано восемь признаков такого подхода: уважение предпочтений и ценностей больного, эмоциональная поддержка, физический комфорт, информирование с обу-

¹⁴ Мишина О.С. Организация медицинской помощи хроническим больным на протяжении всей жизни. Методические рекомендации. М., 2016.

чением и коммуникацией, последовательность и преемственность, координирование оказания помощи, вовлечение семьи и друзей, доступность помощи. Перечисленные признаки имеют «явную междисциплинарную природу ..., где каждый пункт, будучи интуитивно понятным, скрывает широчайшие, требующие осознания и изучения аспекты» (Таратухин Е.О, 2016)¹⁵.

Формирование опыта пациента

Формирование опыта пациента — вектор, интегрированный с предыдущим. Опыт пациента рассматривается как неотъемлемый компонент качества медицинской помощи и включает в себя получение своевременных назначений, легкий доступ к информации через медицинскую сестру.

В Бюллетене ВОЗ отмечается, что данный вектор имеет неоднозначную оценку, так как «удовлетворенность людей системой медико-санитарной помощи больше зависит от факторов, являющихся внешними по отношению к деятельности этой системы, чем от личного опыта пациента»¹⁶.

В других публикациях отмечается, что опыт пациента является ключевым шагом в продвижении ухода, ориентированного на пациента¹⁷.

Данное утверждение может быть в полной мере трансформировано на детей-пациентов с хронической патологией, например, орфанными заболеваниями, потерей слуха (дети, подлежащие кохлеарной имплантации) и другими видами расстройств, так как они получают сестринский уход, ориентированный на индивидуальные предпочтения и ценности, связанные со здоровьем. Формирование положительного опыта пациента — это результат слаженной работы междисциплинарной команды медицинских работников! (рис. 8)

¹⁵ Таратухин Е.О. Пациент-центрированная медицина. Новая реальность // Российский кардиологический журнал. 2016. № 9 (137). С. 79–83.

¹⁶ Какая связь существует между удовлетворенностью системой медико-санитарной помощи и личным опытом пациента? // Бюллетень ВОЗ. 2009. Вып. 87. № 4. С. 245–324.

¹⁷ Пациент-ориентированность <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html> дата обращения 07.06.2018



Рис. 8. Работа в команде — вызов времени, гарантия успеха.

Подготовка постерных (стендовых) докладов

Постерные доклады медицинских сестер отражают их деятельность в трех направлениях:

- собственные исследования;
- оптимизация деятельности сестринского персонала на уровне отделений, кабинетов, медицинских организаций и т.п.;
- доклады, ориентированные на родителей и включающие рекомендации по организации режима ребенка с конкретной патологией, носящие профилактический характер (рис. 9, 10).



Рис. 9. Постерная сессия на VIII Форуме детских медицинских сестер России.



Рис. 10. Сестринский персонал отделения лечебной физкультуры ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России принимает активное участие в клинических сестринских исследованиях (в центре — зав. отделением к.м.н. Г.С. Лупандина-Болотова)

Следует отметить профессиональную культуру докладчиков, их глубокое знание предмета и желание устно дополнить информацию, представленную на постере.

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ СТЕНДОВЫХ (ПОСТЕРНЫХ) ДОКЛАДОВ

Обязательные требования

- Формат доклада 84×119 см, ориентация «книжная».
- Заголовок — шрифт не менее 40 кегль.
- Фамилии И.О. авторов размещаются под заголовком. **Фамилия И.О. докладчика** подчеркивается.

Затем следует название учреждения, где выполнена работа.

- Основной текст доклада — шрифт размером не менее 24 кегль.
- Нумерация рисунков и таблиц в направлении сверху вниз, при расположении доклада в две колонки вначале нумеруется левая колонка.
- Поля стендового доклада должны быть по 4 см с каждой стороны.

- Разделы доклада: введение; цель и задачи исследования; материалы и методы исследования; результаты работы; выводы; использованная литература.

Если вы хотите, чтобы ваш стендовый доклад / постер привлек наибольшее внимание слушателей, руководствуйтесь следующими принципами.

- Создавать постер можно в любых графических редакторах и программах, но проще всего в Power Point. Финальную версию стендового доклада или постера, которую вы отдадите в печать, нужно перевести в формат PDF или tif.
- Удачным цветовым сочетанием считается:
 - черный на желтом и желтый на черном;
 - зеленый на белом и белый на зеленом;
 - красный на белом и белый на красном;
 - синий на белом и белый на синем;
 - черный на белом и белый на черном;
 - красный на желтом;
 - зеленый на красном и красный на зеленом.
- Обязательно указать источники (печатные издания), использованные при создании постера.

Предпочтительные требования

- Фон постера — светлый.
- Цвет текста — темный.
- Рисунки и диаграммы выполняются в цвете.
- Постер значительно проще для восприятия, если материал в нем расположен так, чтобы его логично было читать слева направо и сверху вниз.
- Постарайтесь не перегружать постер текстом, представляйте информацию в удобном для визуального восприятия виде: используйте схемы, рисунки, графики, таблицы, диаграммы.

Обращаем ваше внимание не только на содержание докладов, но и на требования к их оформлению. Доклады, не соответствующие требованиям, к сессии не допускаются.

Но бывают исключения. На первой постерной сессии в рамках Форума детских медицинских сестер России в Москве (2012 г.) был

представлен постерный доклад в формате 168 × 238 см, автором которого была старшая медицинская сестра. Когда ее спросили, почему она представила постерный доклад такого размера, коллега ответила: «Я работаю старшей медицинской сестрой 30 лет, и мне так хотелось представить свою работу за это время». Жюри отметило автора этого постерного доклада поощрительной премией. В последующие годы подобные прецеденты оргкомитетом Форумов не допускались. Подготовка постерного доклада — процесс, требующий навыков и терпения. В качестве образца, с согласия авторов, мы приводим нижеследующий доклад (рис. 11).

Это направление деятельности медицинских сестер соответствует современным подходам ВОЗ к организации сестринского дела и позиции Минздрава России, отраженной в национальном проекте «Здравоохранение».



Рис. 11. Образец постерного доклада.

ЗАДАНИЯ ПО ТРЕНИНГУ

1. Назовите основные группы компетенций медицинской сестры и сформулируйте их характеристику.
2. Перечислите 7 основных составляющих клинических компетенций.
3. Дайте формулировку доказательной сестринской практики.
4. Какие компоненты включает доказательная сестринская практика?
5. Дайте определение клинических сестринских исследований.
6. Перечислите факторы, влияющие на участие медицинских сестер в клинических исследованиях.
7. Выполните ранговое распределение перечня факторов, влияющих на проведение сестринских исследований (см. табл. 2) по шкале от 1 (очень важно) до 9 (не имеет значения).
8. Какие требования предъявляются к проведению стендовых / постерных докладов?
9. Дайте формулировку нозологического подхода и сгруппируйте пациентов, с которыми вы работаете по нозологическому принципу.
10. На каждую нозологическую группу составьте перечень сестринских манипуляций.
11. Дайте характеристику семейно-ориентированного подхода.
12. Назовите 4 основных принципа семейно-ориентированного здравоохранения.
13. Перечислите факторы, определяющие статус семьи.
14. Сформулируйте определение пациент-ориентированного подхода применительно к своему рабочему месту и определите сильные и слабые стороны своей работы в этом контексте.
15. Что понимается под термином «доставка медицинских услуг»?
16. Посмотрите на сайте своей медицинской организации отзывы пациентов и оцените их с позиции качества доставки медицинских услуг.
17. Сформулируйте предложения, направленные на повышение качества доставки медицинских услуг сестринским персоналом и в команде с врачебным персоналом.
18. Дайте определение понятию «опыт пациента».

ТРЕНИНГ 3.

ТАЙМ-МЕНЕДЖМЕНТ

Уважаемые коллеги!

Время — невозполнимый ресурс, и самый ценный из всех существующих. Довольно часто мы слышим, а порой и сами говорим о том, что нам не хватает времени. Это относится к работе, организации быта, отношений в семье, отдыха, времени на саморазвитие и многое другое. В то же время можно услышать обращение одного человека к другому, которое начинается со слов «как ты все это успеваешь делать».

Люди, эффективно использующие свое время, сосредотачиваются на главном, не отвлекаясь на постороннее, — это важнейший практический навык, овладев которым, можно решать задачи с помощью технологии тайм-менеджмента. Мы не способны продлить сутки до 25 часов, но можем освободить собственное пространство для тех дел, которые нам действительно важны.

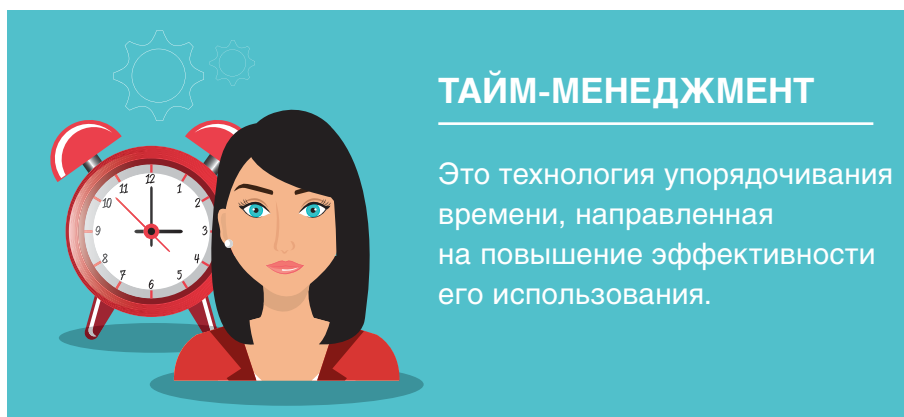


Рис. 12. Определение тайм-менеджмента.

Учет времени — хорошая практика и в повседневной жизни. Научившись планировать время, вы по привычке будете переносить эти умения и на жизнь в целом. А значит, она будет более осмысленной и наполненной.

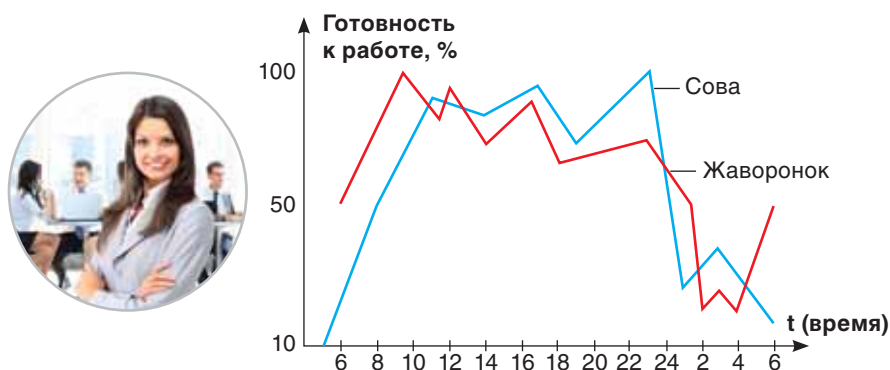
Тайм-менеджмент ценен не сам по себе — это инструмент достижения ваших целей. У многих людей эти цели связаны с профессиональным ростом, у других на первом месте стоит самореализация, у третьих — личное счастье. Человеку хочется чувствовать себя востребованным и счастливым — какое бы значение он ни вкладывал в это слово, но вместо этого большинство людей вынужденно живут в состоянии “белки в колесе”, когда за десятками незначительных и мелких дел уходит время — самый ценный и невозполнимый ресурс в жизни любого человека.

Чтобы второстепенные дела не сказывались на личной результативности, необходимо овладеть конкретными техниками управления временем, что позволит:

- жить полноценной жизнью, находить время не только для работы, но и для отдыха;
- эффективно распределять время на личное и рабочее, полезное и для отдыха, на решение важных задач и не очень;
- научиться отделять зерна от плевел — важные задачи от несущественных;
- осмысливать свои цели и вообще жизненные поступки;
- мотивировать самого себя более эффективно работать и жить.

Многочисленные опросы родителей показывают, что значительная часть наших пациентов самостоятельно прекращает прием лекарственных средств и других назначений. Родители мотивируют это тем, что «ребенку стало лучше, забыли принять лекарство, ребенок отказался от приема назначенных препаратов, некому было проконтролировать прием таблеток» и многое другое. Еще сложнее обстоит дело тогда, когда от родителей и / или ребенка требуется что-то изменить в жизни — для этого просто нет времени. В данной ситуации было бы полезно рекомендовать семье некоторые правила тайм-менеджмента, техника которых ориентирована на постановку целей и достижение конечного результата.

Начнем с техники постановки задач.



**Работайте по своим биологическим часам,
а не против них!**

Рис. 13. Управление временем, биологические часы.

1. Посмотрите на рисунок и отнесите себя к соответствующему типу: сова или жаворонок. Ошибка, сбой этого биологического алгоритма начинается с самого раннего детства. Например, ребенку-сове нужно рано вставать в детский сад, затем в школу, на работу и т.д. Однако в процессе взросления человек учится управлять этой биологической особенностью (рис. 13).
2. Нужно научиться постановке целей. Из множества технологий мы выбрали принцип постановки целей в формате конечного результата (рис. 14).

ПОСТАНОВКА ЦЕЛЕЙ



Рис. 14. Принцип SMART.

S — Цели должны быть сформулированы конкретно, четко и понятно.

«Медицинской сестре Центра здоровья для детей (ЦЗД) в течение месяца (22 рабочих дня) необходимо обследовать 396 школьников, проходящих диспансеризацию в поликлинике. Стандарт обследования задан оснащением ЦЗД».

M — Цели должны поддаваться количественному определению с указанием критериев, позволяющих оценить степень их достижения.

«Норма времени обследования — 20 мин на ребенка. Рабочая смена — 6 часов. В течение смены необходимо провести по всему диагностическому циклу 18 детей. Электронная система учета осмотренных в ЦЗД позволяет определить число обследованных детей в течение дня, недели, месяца».

A — Цели должны быть выполнимы, но требуют приложения усилий.

«Следует четко выстроить поток детей на обследование в ЦЗД, а для этого необходимо отработать коммуникации с участковыми врачами-педиатрами».

R — Выполнение поставленных целей вносит вклад в достижение целей медицинской организации.

«Обследование в ЦЗД включено в план диспансеризации поликлиники, включено в маршрутизацию ребенка в ходе диспансерного осмотра, каждое посещение оплачиваются территориальным фондом ОМС. Не будет выполнен план осмотров, нарушена их технология, последует штраф медицинской организации страховой компанией».

T — Указание точных сроков исполнения.

«День, неделя, месяц. Главная / старшая медицинская сестра поликлиники, врач ЦЗД ежедневно проверяют объемы и качество работы медицинской сестры».

Ниже мы приводим несколько советов по рациональному использованию времени в режиме тайм-менеджмента.

В крупных магазинах, особенно в выходные дни, часто можно встретить мужчин и женщин с длинным списком того, что необходимо купить — так удобнее, ничего не забудешь. Почему же этого не делать применительно к каждому дню? Фиксировать необхо-

димые действия можно на бумаге или в мобильном приложении с указанием времени, тогда вы точно ничего не забудете.

Четко формулируйте цели. Например, подтвердить / получить в текущем году квалификационную категорию. Для этого необходимо:

- пройти курс дистанционного обучения (сколько курсов в часах и как технически);
- краткосрочный цикл переподготовки (где и когда — в году 12 месяцев, нужно определиться к дате заседания комиссии);
- написать отчет о работе за три года (к какому сроку, кому отдать на рецензию, сколько это займет времени).

Ставьте цели правильно. Любая поставленная цель должна быть актуальной и достижимой за поставленный временной интервал. *Должна похудеть на 5 кг. В течение 6 месяцев.* Для этого изменить режим питания и продуктовый набор, больше двигаться, установить на телефон мобильное приложение «шагомер» и неукоснительно делать в день не менее 10 000 шагов; начать делать утреннюю зарядку и т.п.

Научитесь говорить «нет». Это не значит, что отказывать нужно всем без разбора. Умение сказать «нет» относится в первую очередь к тем людям и делам, которые лишают вас ваших энергетических и временных ресурсов, не давая ничего взамен. Говорите «нет» болтливой соседке или сотруднице, чтению бульварной прессы, интернет-серфингу по соцсетям и развлекательным ресурсам, просмотру ТВ. Помните, что даже небольшой незапланированный перерыв, когда кто-то или что-то вас отвлекло от дела, может стать причиной срыва планов.

Помните закон Парето 80/20. Из него следует, что 20% наших усилий приносит нам 80% результатов, а остальные 80% лишь 20% результатов. Главная задача — выявить эти 20% самых эффективных действий и сконцентрироваться именно на них.

Хорошим подспорьем в использовании тайм-менеджмента будут 12 правил, представленных на **рис. 15**.

12 ПРАВИЛ ЭФФЕКТИВНОГО ТАЙМ-МЕНЕДЖМЕНТА



Рис. 15. Правила эффективного тайм-менеджмента.

ЗАДАНИЯ ПО ТРЕНИНГУ

1. Дайте определение тайм-менеджменту.
2. Изучите принцип «SMART» и наполните его примерами из собственной практики.
3. Изучите закон Парето 80/20 и выделите в своем жизненном графике наиболее значимые действия: на работе, в семье, в быту.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Уважаемые коллеги!

В первом выпуске серии «**Развитие сестринских компетенций — вызовы XXI века**» авторы уделили ключевое внимание новым составляющим клинических компетенций.

В ходе тренингов возникали вопросы: «Чем отличаются компетенция от компетентности?», «Чем отличаются компетенции от знаний, умений и навыков, или это звенья одной цепи — профессионального мастерства медицинской сестры?».

В словарях и социальных сетях можно найти сотни различных формулировок, отвечающих на поставленные вопросы. Ищите и подбирайте наиболее соответствующие вашим потребностям. Авторы, в свою очередь, предлагают следующие определения.

Компетенция — это способность применять знания, умения, навыки и личностные качества для успешной деятельности в различных профессиональных, в том числе проблемных ситуациях.

Компетентность — уровень владения совокупностью компетенций, степень готовности к применению компетенций в профессиональной деятельности.

Принципиальным отличием знаний, умений и навыков является то, что они ориентированы на процесс, а компетенции — на результат.

Следующие выпуски серии будут посвящены развитию коммуникативных и цифровых компетенций у медицинских сестер.

Триада профессиональных компетенций — клинические, коммуникативные и цифровые — является неотъемлемой составляющей профессионального мастерства медицинской сестры.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России

ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ

А. А. Модестов, Е. Г. Бирюкова, И.А. Борисов

РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЕСТРИНСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ

Выпускающий редактор У.Г. Пугачева

Литературный редактор М.Н. Шошина

Верстка Ф. Игнащенко

Подписано в печать 26.10.2020

Формат 70x100/16. Усл.печ.л. 1,8.

Тираж 500 экз. Заказ 200133

Отпечатано ООО «Полиграфист и идатель»

119501, г. Москва, ул. Веерная, 22-3-48