



МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ
Федерального государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего образования
«Уральский государственный университет путей сообщения»

СБОРНИК

**СТАТЕЙ ПО ИТОГАМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ ПОСВЯЩЕННОЙ 90 ЛЕТНЕМУ
ЮБИЛЕЮ СОРКИНА ЮРИЯ ЭММАНУИЛОВИЧА
«КАДРЫ ДЛЯ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.
МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И КАЧЕСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»**

08 декабря 2023 года

Екатеринбург 2023

Научно-практическая конференция посвященной 90 летнему юбилею Соркина Юрия Эммануиловича «Кадры для современного здравоохранения. Медицинское образование и качество медицинской помощи». 8 декабря 2023 г. – Екатеринбург: МК УрГУПС, 2023 – 55 с.

Содержание материалов научно-практической конференции составляют статьи и тезисы педагогов образовательных организаций СПО и медицинских работников. Целью конференции являлось обсуждение актуальных вопросов подготовки кадров для системы здравоохранения, качества медицинской помощи, обмен опытом по направлениям профессиональной деятельности.

Участникам мероприятия были представлены доклады по различным направлениям: актуальные вопросы подготовки специалистов в системе среднего и высшего образования в условиях перехода на новую систему допуска к профессиональной деятельности; лучшие образовательные практики в подготовке квалифицированных кадров в медицинском образовании и практическом здравоохранении; современные технологии оценки результатов обучения; непрерывное медицинское образование: традиции, опыт, инновации, перспективы; инновационные технологии в сестринской практике; исследовательская деятельность специалиста; профессионализм и ответственность: роль сестринского персонала в обеспечении качества оказания медицинской помощи; кадровый менеджмент и управление профессиональными рисками в сестринском деле.

Редакционная коллегия:

Директор МК УрГУПС Лучинин И.Ю.

Заведующий учебно-методическим отделом МК УрГУПС Патрушева М.Г.

Старший методист МК УрГУПС Демшина Е.А.

Специалист МК УрГУПС Орлова О.С.

Методист МК УрГУПС Турсунова М.М.

© МК УрГУПС, 2023

© Авторы статей и тезисов, 2023

Содержание

1	Организация системы наставничества медицинской организации Бернатович Ольга Анатольевна	<u>5</u>
2	Опыт организации непрерывного профессионального образования сотрудников многопрофильного стационара Бернатович Ольга Анатольевна, Чернышева Эльвира Юрьевна	<u>14</u>
3	Информационные технологии в здравоохранении Ильина Наталья Владимировна	<u>21</u>
4	Психо-эмоциональное выгорание медицинских работников Орлова Ольга Сергеевна	<u>26</u>
5	«Мотивация в работе среднего медицинского персонала ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 70-Уральский центр профессиональной патологии имени Ю.А. Брусницына Федерального медико-биологического агентства »» Патрушева Мария Геннадьевна	<u>39</u>
6	Методы современной диагностики заболеваний молочных желез Рыбин Денис Леонидович	<u>52</u>

Авторы: Бернатович Ольга Анатольевна

Старшая медицинская сестра

ГБУЗ СО «Центральная городская

клиническая больница № 6», г. Екатеринбург

Организация системы наставничества медицинской организации

Система наставничества в России существует на протяжении длительного времени, однако сейчас к этой теме проявляется особый интерес, поскольку меняются требования к качеству оказания медицинской помощи, возникают новые вызовы в сфере здравоохранения, встает вопрос снижения текучести кадров и удержания высококвалифицированных специалистов на рабочем месте.

Цели наставничества в медицинской организации – подготовка молодых специалистов/лиц, в отношении которых осуществляется наставничество, к самостоятельному выполнению должностных обязанностей, минимизация периода их адаптации к занимаемой должности, помощь в их профессиональном становлении, приобретении новых профессиональных навыков, формирования системы нравственных и гражданских ценностей.

Как специалисту учебно-методического кабинета и старшей медицинской сестре структурного подразделения, мне приходится общаться с сотрудниками нашей больницы и обратила внимание на тот факт, что не только молодым специалистам необходима помощь наставника в адаптации к изменениям, происходящим и в системе здравоохранения в целом, и в медицинской организации.

Поэтому совместно с Советом наставничества для специалистов со средним медицинским образованием и начальником кадровой службы было

принято решение создать систему наставничества, которая охватывала не только молодых специалистов.

Почему необходимо создавать именно систему наставничества, работающую по определенным правилам? Потому что только в рамках системы возможно, чтобы сотрудники медицинской организации, будучи абсолютно разными людьми с разным уровнем знаний и опытом, придерживались единых стандартов работы, придерживались корпоративной культуре.

Если мы зададим вопрос к руководству медицинской организации на счет требований к специалистам, в том числе и молодым, и выполнения ими профессиональной деятельности, то получим следующие требования:

1. Чтобы все производственные процессы и выполняемые процедуры проводились единообразно, своевременно и без ошибок.

2. Добиться преемственности протекания профессиональных процессов на основе стандартизации процедур.

3. Повысить качество и безопасность оказания медицинской помощи.

Процесс разработки и внедрения системы наставничества сложный и проходил несколько этапов:

1 – Определение целей и задач наставничества в медицинской организации (для кого создается система наставничества, на кого она направлена, какие знания необходимо передавать).

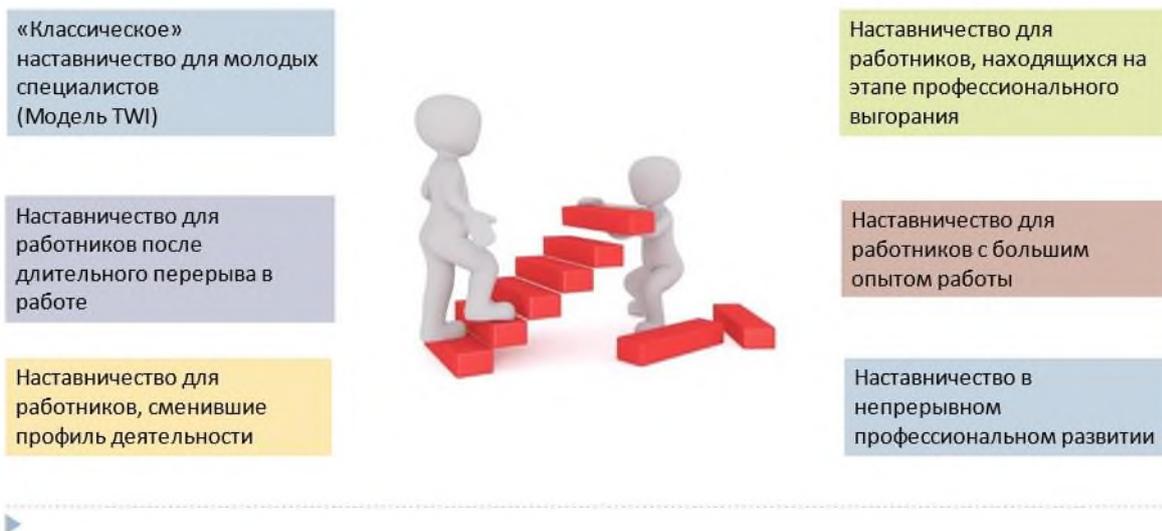


Рисунок 1 – Модели наставничества в ГБУЗ СО «ЦГКБ №6»

2 – Выбор наставников и порядок формирования корпуса наставников

3. Выбор наставляемых

Наставляемый – участник программы наставничества, который через взаимодействие с наставником и при его помощи и поддержке решает жизненные, личные и производственные задачи, приобретает новые профессиональные знания, умения и навыки, компетенции и метакомпетенции, добивается намеченных результатов, являясь субъектом собственного непрерывного личностного и профессионального роста.

4 – Разработка методических материалов для наставников и наставляемых

5 – Разработка оценки эффективности системы наставничества

6 – Внедрение системы наставничества

7 – Поддержание системы наставничества

8 – Контроль и коррекция

Рассмотрим модели, которые используются в нашей медицинской организации:

1. *«Классическое» наставничество для молодых специалистов (Модель TWI)*

Мы не стали использовать при данной модели технологию Наставничества на рабочем месте – Follow me (следуй за мной). Несмотря на плюсы этой технологии – адаптация нового сотрудника под конкретное место, молодой сотрудник знает к кому обратиться за помощью и осваивает трудовые функции под присмотром опытного коллеги, у данной технологии имеются минусы, из-за которых мы решили отказаться от нее:

- На «выходе» получается клон наставника, со всеми как положительными, так и отрицательными качествами
- Формируются вариативность выполнения одних и тех же процедур, обусловленная личностным фактором наставника, его видением процесса, его этическими установками и профессиональным «почерком»
- Внутри одной специальности, одной организации формируются различные «школы», что идет вразрез с необходимостью достижения единства понимания и практики

Мы выбрали Модель TWI (Training Within Industry) — система обучения персонала в организации через действие. Данная модель имеет свои преимущества

1. Позволяет организовать наставничество (адаптацию) по заранее утвержденным стандартам и критериям оценки;
2. Организовать подготовку наставников по единым методикам (JI)
3. Дает возможность проводить аттестацию сотрудников как элемент оценки системы наставничества
4. Позволяет добиться стандартизации процессов.

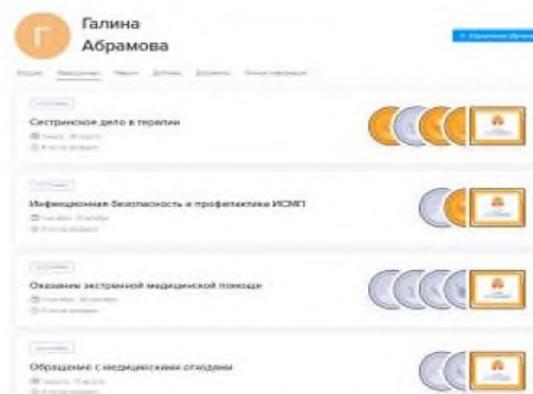
С 2018 года в нашей больницы разрабатываются и внедряются стандартные операционные процедуры (СОП). СОП является аналогом JI в TWI.

Для каждого разрабатывается индивидуальная программа наставничества, которая разрабатывается с учетом личностных

2. Наставничество для работников с большим опытом работы

Цель – повышение компетенций высококвалифицированных работников старшего поколения в области информационных технологий, оказание помощи при освоении новых электронных форм отчетности и пр.

Наставничество для работников с большим опытом работы



Успешно обучается в Школе Сестринского дела: теория и практика (Акцион-МЦФЭР, Москва). Все пройденные программы аккредитованы на портале НМФО.

Прошла периодическую аккредитацию по специальности Сестринское дело – протокол №190 от 31.01.2023

Рисунок 3 – Наставничество для работников с большим опытом

3. Наставничество для работников после длительного перерыва в работе

Цель – восполнение дефицита компетенций, утраченных во время перерыва в работе, а также организационная и социально-психологическая адаптация



Рисунок 4 – Наставничество для работников после длительного перерыва в работе

4. Наставничество для работников, сменившие профиль деятельности

Цель – адаптация медицинского работника в новом отделении и коллективе, помочь восполнить дефицит профессиональных компетенций.

5. Наставничество в непрерывном профессиональном развитии

Цель – постоянное совершенствование знаний, умений и навыков, повышение профессионального уровня и расширение компетенций, необходимых для осуществления профессиональной деятельности

Для этого в медицинской организации имеется все необходимое:

- Информационный сайт profmedsestra.ru
- Библиотека: специализированная литература, подписка журналов «Сестринское дело», «Старшая медицинская сестра», «В помощь практикующей медсестре»
- Подписка на электронный журнал «Главная медицинская сестра»
- Учебно-методический кабинет
- Симуляционный кабинет
- Платформа для проведения вебинаров

- Годовой абонемент на обучение в Школе сестринского дела: теория и практика (Акция-МЦФЭР)

6. Наставничество для работников, находящихся на этапе профессионального выгорания

Цель – выявление категорий сотрудников, нуждающихся в данном виде наставничества (высокий процент жалоб со стороны пациентов, конфликтных ситуаций с коллегами, отклонение от норм корпоративной этики, проявление негативных эмоций и др.) и оказание помощи в устранении выявленных проблем.

Тренинг Повышения стрессоустойчивости
«В поисках своего острова Блаженства»

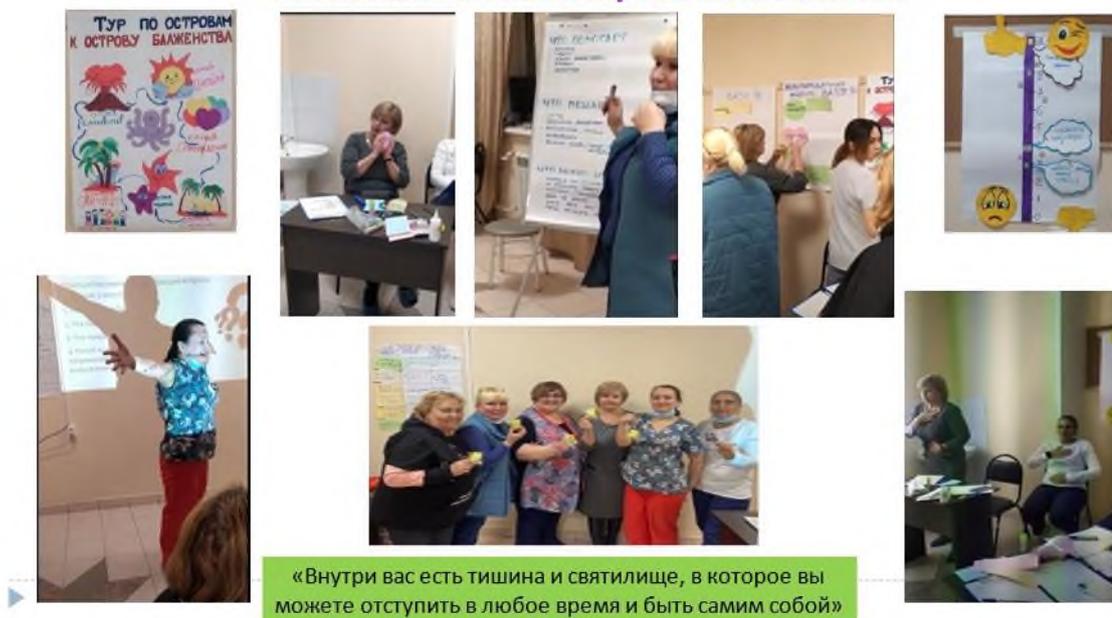


Рисунок 5 – Тренинг Повышения стрессоустойчивости «В поисках своего острова Блаженства»

Для оценки эффективности системы наставничества мы использовали Модель Д. Кирпатрика (четырёхуровневая модель оценки эффективности обучения персонала)

1 – Reaction (реакция) - эмоциональный уровень. Для этого чаще всего используются стандартные опросники на основе шкал Лайкерта или иных подобных 5-членных шкалах. Кроме того, обратная связь от наставляемого, эмоциональный уровень в процессе обучения

2 – Learning (обучение) – уровень знаний. В данном случае применяются тесты и беседы перед и после прохождения индивидуальной программы наставничества

3 – Behaviour (практическая деятельность) – уровень навыков. Сдача практических навыков в симуляционном кабинете по СОПам, проводится до начала наставничества, в конце периода наставничества и повторно через 2-3 месяца после окончания периода

4 – Results (результаты). Субъективные и объективные показатели работы. Например, количество выполненных манипуляций, отсутствие осложнений, отсутствие жалоб, замечаний со стороны руководства, благодарности от пациентов и др.

**Результативность деятельности наставника
(Модель Д. Кирпатрика)**



Рисунок 6 – Результативность деятельности наставника (Модель Д. Кирпатрика)

Кроме того, за 2018-2022 года 84% молодых специалистов остались работать в медицинской организации. Можно считать, что профессиональная, социально-психологическая и организационная адаптация прошла на отлично

Таким образом, можно сделать следующие выводы о системе наставничества в нашей медицинской организации:

- Используемая система Наставничества в ГБУЗ СО «ЦГКБ №6» показала свою эффективность
- Необходимо использовать различные модели наставничества в зависимости от потребности сотрудника и медицинской организации
- Необходим индивидуальный подход при разработке программы наставничества с учетом выявленных запросов и проблем наставляемого

*Авторы: Бернатович Ольга Анатольевна - старшая медицинская сестра
Чернышева Эльвира Юрьевна - главная медицинская сестра
ГБУЗ СО «Центральная городская
клиническая больница № 6», г. Екатеринбург*

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СОТРУДНИКОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Актуальность. Модернизация и инновационное совершенствование отрасли здравоохранения определяют необходимость формирования новой модели специалиста сестринского дела, обладающего профессиональными знаниями, способного гибко перестраивать свою профессиональную деятельность. Непрерывное медицинское обучение персонала на рабочем месте позволяет организации решать проблемы, связанные с появлением новых направлений деятельности, быть пациентоориентированными и поддерживать необходимый уровень конкурентоспособности.

Цель: разработать и внедрить систему непрерывного профессионального развития специалистов со средним медицинским образованием.

ГБУЗ СО «Центральная городская клиническая больница № 6» - многопрофильное медицинское объединение, имеющее разветвленную сеть амбулаторно-поликлинической помощи. Большую часть медицинского персонала представляют специалисты со средним медицинским образованием.

Непрерывное профессиональное развитие медицинских работников направлено на постоянное совершенствование знаний, умений и навыков, повышение профессионального уровня и расширение компетенций, необходимых для осуществления профессиональной деятельности.

Необходимость разработки и внедрения системы непрерывного профессионального развития специалистов в медицинской организации были подтверждены следующими моментами:

1. Участники научно-практической конференции «Стандартные операционные процедуры как элемент управления качеством и безопасностью медицинской помощи», которая проводилась 28 ноября 2019 г. на базе нашей медицинской организации, практически единогласно (96,1%) признали, что для повышения качества и безопасности сестринской деятельности необходима организация учебно-практических кабинетов или симуляционных центров для отработки практических навыков. Кроме того, респонденты отметили, что дефицит информации и методических пособий повышает актуальность наставничества в деятельности медицинской организации.

2. Перепрофилирование больницы для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией поставило перед руководством задачу обучить средний медицинский персонал. Использовали

два метода обучения персонала: на портале образовательной организации с применением дистанционного обучения и на рабочем месте. При организации обучения пригодился педагогический опыт части сотрудников, которые являются совместителями в медицинских образовательных учреждениях высшего и среднего образования.

По окончании теоретической и практической частей процесса обучения персонала провели опрос сотрудников, в результате которого выяснили:

- 76,5% респондентов считают, что для получения новых умений и навыков необходима стажировка или практические занятия,
- 56% отметили, что требуется периодическая отработка навыков, которые не часто встречаются в профессиональной деятельности, чтобы не утратить эти навыки.

Основываясь на полученных данных, Совет старших сестер решил разработать систему непрерывного профессионального развития сотрудников, которая поможет совершенствовать теоретическую и практическую деятельность среднего медицинского персонала, непрерывно повышать профессиональные знания и навыки, уменьшая степень производственного стресса, и как следствие, способствовать оказанию качественной и безопасной медицинской помощи.

В результате проведенного мозгового штурма были определены основные составляющие системы:

- организация работы учебно-методического кабинета
- организация работы симуляционного кабинета
- создание информационного сайта для сотрудников
- обучение сотрудников на портале непрерывного медицинского образование
- организация обучение сотрудников за счет средств бюджета и средств ТФОМС

- участие в научно-практических конференциях различного уровня
- участие в профессиональных конкурсах.

По каждому направлению был разработан план действий, определены сроки и ответственные лица.

Разработанные планы были представлены администрации больницы, которая поддержала идею разработки и внедрения системы непрерывного профессионального развития специалистов со средним медицинским образованием. Были выделены средства на приобретение симуляционных манекенов для отработки практических навыков и выделено помещение для учебно-методического кабинета. Кроме того, приобретена платформа для проведения вебинаров.

На разных этапах внедрения Проекта встречали сопротивление сотрудников, проводили индивидуальные и групповые разъяснительные беседы по необходимости непрерывного профессионального развития.

Практически все намеченные планы были решены, нам удалось разработать и внедрить систему непрерывного профессионального развития персонала:

1. Создан и работает информационный сайт для специалистов со средним медицинским образованием «Профессия на всю жизнь» <https://profmedsestra.ru/>. На сайте сотрудники могут ознакомиться с нормативными и методическими документами, клиническими рекомендациями; представлены учебные пособия, статьи из журналов и другая информация.

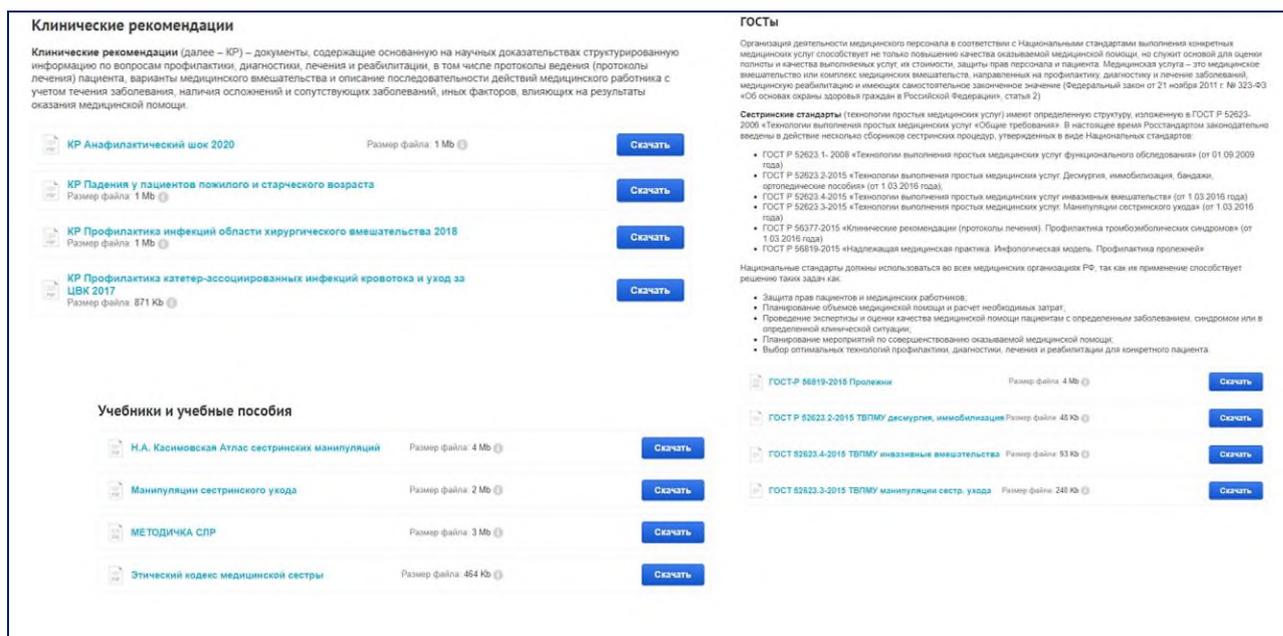


Рисунок 1 – Разделы информационного сайта

2. Работает учебно-методический кабинет, которые выполняет следующие задачи:

- ❖ Методическая работа по подготовке и проверке пакета документов на периодическую аккредитацию и аттестацию
- ❖ Методическая работа по подготовке локальных документов, связанных с обучением специалистов со средним медицинским образованием
- ❖ Организация и проведение внутрибольничных мероприятий: семинаров, конференций, мастер-классов
- ❖ Организация и проведение вебинаров
- ❖ Консультативная помощь по работе на различных платформах обучения
- ❖ Организация и проведение Профессиональных конкурсов

3. Работает симуляционный кабинет, который позволяет проводить мастер-классы с отработкой практических навыков на манекенах. Совместно с НОЧУ ОДПО «Актион-МЦФЭР» г. Москва записали видео ролики по некоторым манипуляциям. В проведении мастер-классов привлекаются сотрудники, обладающие как профессионально медицинскими, так и педагогическими компетенциями.



Видео-ролик «Уход за стомой. Смена калоприемника»



Рисунок 2 – Совместная деятельность НОЧУ ОДПО «Аktion-МЦФЭР»

4. Проводятся внутрибольничные научно-практические мероприятия



Рисунок 3 – Внутрибольничные мероприятия

5. Почти 90% специалистов зарегистрированы на портале НМФО и активно участвуют в обучении.

6. Обучение сотрудников: третий год сотрудники обучаются в Школе сестринского дела НОЧУ ОДПО «Аktion-МЦФЭР» (более 500 программ

повышения квалификации), обучение в ГБПОУ «СОМК» за счет средств бюджета ежемесячно.

7. Занимаемся научной деятельностью, имеются публикации в научных журналах



The screenshot shows a scientific article in Russian. The title is "Как стандартизировать работу медсестер физиотерапевтического отделения: опыт больницы и комплект локальных документов". The author is O.A. Berezina. The article discusses the development and implementation of standard operating procedures (SOPs) for physiotherapy department nurses. It includes sections for "Цели и задачи", "Материалы и методы", "Результаты", and "Выводы". There are also some charts and tables visible in the background of the article page.

Публикация в медицинских журналах, сборниках конференций

- ❖ Главная медицинская сестра – 8 статей
- ❖ Справочник заведующего КДЛ – 4 статьи
- ❖ Менеджер здравоохранения (ВАК) – 2 статьи
- ❖ Вестник Уральского государственного медицинского университета – 4 статьи
- ❖ Сборник Международного форума «Старшее поколение» – 1 статья
- ❖ Сборник VI Междисциплинарного медицинского форума «Актуальные вопросы совершенствования медицинской помощи и профессионального медицинского образования» – 2 статьи
- ❖ Медсестра – 3 статьи

- ❖ Всего 30 публикаций (2009-2023 года)
- ❖ РИНЦ (21 статья)
- ❖ <https://orcid.org/0000-0001-7570-1432>

Рисунок 4 – Научная деятельность

8. Участвуем в различных конференциях, профессиональных конкурсах

Таким образом, непрерывное профессиональное развитие медицинских работников направлено на постоянное совершенствование знаний, умений и навыков, повышение профессионального уровня и расширение компетенций, необходимых для осуществления профессиональной деятельности. Как показывает наш опыт, что в каждой медицинской организации необходима разработка и внедрение системы непрерывного профессионального развития сотрудников, которая будет учитывать потребности лечебного учреждения и использовать различные методы обучения.

*Заведующая отдела дополнительного
профессионального образования – Ильина Н.В.*

Медицинский колледж ФГБОУ ВО УрГУПС, г. Екатеринбург

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Аннотация. Статья посвящена актуальной теме информационным технологиям медицины.

Ключевые слова: информационная система, медицинские информационные системы, информационно справочные системы, информационно-поисковые системы.

Тема: Информационные технологии в здравоохранении

В российском здравоохранении до недавнего времени почти полностью отсутствовали признаки автоматизации. Начиная с последней четверти XX века информационные процессы стали проникать в клиническую медицину. От их упорядоченности зависит четкость функционирования отрасли в целом и эффективность управления ею. Учет пациентов, карты, учет лекарственных препаратов, процедурные отчеты – весь документооборот производился на бумаге. Конечно, это не могло сказаться на качестве обслуживания пациентов, затрудняло работу медицинского персонала, что могло привести к врачебным ошибкам, время затратным - заполнение карт, составление отчетов. Это осложняло работу руководство медицинской организации и работу контролирующих органов.

В информатизации медицины ключевым звеном является медицинская информационная система. Информационная система (ИС) - это система, предназначенная для хранения, поиска, обработки и передачи значительных объёмов информации, имеющая определённую практическую сферу применения.

Предназначение информационных систем - сбор, хранение, обработка, поиск и распространение, передача и предоставление информации.

С учетом сферы применения выделяют: технические ИС, экономические ИС, ИС в гуманитарных областях, так же информационные системы применяются в медицине и т.д.

Свойства информационных систем: ИС является динамичной и развивающейся системой; ИС воспринимают как систему обработки информации, реализованную на базе современных технологий; информация является выходной продукцией ИС, что позволяет принимать решения; от сложности системы, наборов данных, степени формализации решаемых задач зависит участие человека в данном процессе.

По роли, которую ИС играют в профессиональной деятельности различают: Информационно справочные системы - справочные системы решают все поставленные задачи по обеспечению потребителей нормативной информацией. Информационно-поисковые системы - выполняет функции хранения больших объёмов информации, быстрого поиска требуемой информации и её вывода в удобном для человека виде. Существуют информационно-поисковые системы двух видов: документальные (в результате поиска выдаётся документ); справочные (в результате поиска информация предьявляется или сообщается). Системы оперативной обработки данных - системы осуществляют все операции переработки информации по определенному алгоритму.

Медицинские информационные системы предназначены для автоматизации деятельности медицинской организации, в которых объединены система поддержки принятия медицинских решений, электронные медицинские записи о пациентах, данные медицинских исследований в цифровой форме, данные мониторинга состояния пациента с медицинских приборов, средства общения между сотрудниками, финансовая и административная информация.

Медицинская информационная система (МИС) - это совокупность информационных, организационных, программных и технических средств, предназначенных для автоматизации медицинских процессов и (или) организаций.

Свойства, которыми должна обладать МИС: полнота; надежность; адаптируемость; модульность построения; модифицируемость; удобство эксплуатации.

В настоящее время существует множество медицинских автоматизированных информационных систем, классификация медицинских информационных систем основана на иерархическом принципе и соответствует многоуровневой структуре здравоохранения.

Рассмотрим уровни медицинской информационной системы:

1. Медицинские информационные системы базового уровня.

Основная цель этого уровня – компьютерная поддержка работы врачей разных специальностей, так как она позволяет повысить качество профилактической и лабораторно-диагностической работы, особенно в условиях массового обслуживания населения при дефиците времени квалифицированных специалистов.

По решаемым задачам на этом уровне выделяют следующие подсистемы:

- информационно-справочные системы (предназначены для поиска и выдачи медицинской информации по запросу пользователя); приборно-компьютерные системы (для информационной поддержки и автоматизации диагностического и лечебного процесса, осуществляемых при непосредственном контакте с организмом больного); консультативно-диагностические системы (для диагностики патологических состояний, включая прогноз и выработку рекомендаций по способам лечения, при заболеваниях различного профиля); автоматизированные рабочие места специалистов (предназначены для автоматизации всего технологического

процесса врача соответствующей специальности и обеспечивающая информационную поддержку при принятии диагностических и тактических врачебных решений).

2. Медицинские информационные системы уровня лечебно-профилактических учреждений.

МИС представлена следующими основными группами:

- информационными системами консультативных центров (предназначены для обеспечения функционирования соответствующих подразделений и информационной поддержки врачей при консультировании, диагностике и принятии решений при неотложных состояниях); банками информации медицинских служб (содержат сводные данные о качественном и количественном составе работников учреждения, прикрепленного населения, основные статистические сведения, характеристики районов обслуживания и другие необходимые сведения); персонифицированными регистрами (содержащие информацию на прикрепленный или наблюдаемый контингент на основе формализованной истории болезни или амбулаторной карты); скрининговыми системами (раннее выявление заболеваний) предназначены для проведения доврачебного профилактического осмотра населения, а также для выявления групп риска и больных, нуждающихся в помощи специалиста; информационными системами лечебно-профилактического учреждения (основаны на объединении всех информационных потоков в единую систему и обеспечивают автоматизацию различных видов деятельности учреждения; информационными системами НИИ и медицинских вузов (решают три основные задачи: информатизацию технологического процесса обучения, научно-исследовательской работы и управленческой деятельности НИИ и вузов).

3. Медицинские информационные системы территориального уровня

– предназначены для обслуживания отдельно взятой территории (города, области, края, республики). Основное назначение обеспечить управление различными медицинскими службами (поликлиниками, стационарами и т.д.), а также осуществлять взаимосвязь с системой медицинского страхования, службой санитарного контроля, медицинскими образовательными учреждениями и т.д.

В МИС территориального уровня выделяют несколько подсистем, важными, из которых являются: административно-управленческая информационная система; статистические информационные системы; информационные системы отдельных лечебных учреждений (поликлиник, стационаров, аптек и т.д.); информационные системы фонда медицинского страхования и отдельных страховых компаний.

4. Медицинские информационные системы федерального уровня – предназначены для обеспечения полноценной деятельности здравоохранения страны.

Основные подсистемы этого уровня являются следующие: административно-управленческая информационная система (осуществляет управление региональными органами здравоохранения); статистические информационные системы (обеспечивают свободные данные по стране всех статистических показателей из регионов); справочно-правовая информационная система (предназначена для консультационной поддержки по всем вопросам организации здравоохранения: приказы, нормативные документы и т.д.); медицинско-технологические информационные системы профильного назначения по различным медицинским специальностям; консультативно-диагностические системы федерального уровня (поддерживаются крупнейшими научно-исследовательскими институтами и клиниками); библиографические информационные системы (содержат библиографические и тематические обзоры по различным разделам медицины и здравоохранения).

Применение медицинских информационных систем повышает качество обслуживания пациентов; предоставляет удобный и быстрый доступ к большим объемам медицинской информации; снижает организационные и временные издержки при подготовке отчетов; сокращает число ошибок при составлении медицинских документов; значительно облегчает и упрощает работу медперсонала.

Список использованных источников

1. Информатика [Электронный ресурс] / В.П. Омельченко, А.А. Демидова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 384с. ил.
2. Ильина Н.В. Методическая разработка по проведению открытого урока обучающихся. ЕН.02. Информационные технологии в профессиональной деятельности для специальности 34.02.01 Сестринское дело – Екатеринбург, МК УрГУПС, 2021 - 29 с.

© Ильина Н.В., 2023

Орлова Ольга Сергеевна

клинический психолог, преподаватель психологии

ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.

Медицинские работники, постоянно сталкивающиеся со страданиями людей, вынуждены воздвигать своеобразный барьер психологической защиты от пациента, иначе им грозит “эмоциональное выгорание”. Сюда же следует отнести психологические трудности принимающего, безусловного общения, описанные К. Роджерсом и Э. Фроммом.

Характеристика личностных особенностей медицинских работников

Успешность профессиональной подготовки и последующей деятельности человека зависит от индивидуальных особенностей. В.В. Знаков отмечает, что к необходимым личностным качествам медицинского работника относятся внимательность и наблюдательность, пунктуальность и аккуратность, умение постоянно контролировать свои действия и поступки[16]. К признакам профессиональной зрелости, мастерства и опыта относятся быстрая ориентация в сложившейся ситуации, решительность и смелость.

Важным принципом работы медицинских работников является товарищеская взаимопомощь, коллегиальное решение наиболее сложных и трудных вопросов в их практической деятельности. Во взаимоотношениях с коллегами медицинский работник должен быть честным, справедливым, признавать и уважать их знания, опыт, вклад в свою профессию. Вежливость, тактичность, сдержанность, спокойные ровные отношения с коллегами - вот что украшает любого медицинского работника.

При общении медицинского работника с пациентом большое значение имеет чуткость, т.е. умение внимательно выслушать пациента и стремление понять его переживания медицинский работник должен всегда учитывать психические особенности, чувства, суждения и психосоматическое состояние пациента[22, с.17].

Медицинский работник должен соблюдать медицинскую этику. Высокая квалификация медицинского работника, его мастерство проявляются в умении сдерживать свою реакцию на нередко грубый поступок больного, в понимании его состояния.

Социально-психологическая сущность синдрома эмоционального выгорания.

Существуют различные определения выгорания. В соответствии с моделью Маслач и Джексон оно рассматривается как ответная реакция на длительные профессиональные стрессы межличностных коммуникаций.

В настоящее время существует единая точка зрения на сущность психического выгорания и его структуру. Согласно современным данным, под "психическим выгоранием" понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы. Этот синдром включает в себя три основные составляющие: эмоциональную истощенность, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений [14, с.23].

Выгорание как следствие профессиональных стрессов возникает в тех случаях, когда адаптационные возможности (ресурсы) человека по преодолению стрессовой ситуации превышены.

У людей, пораженных СЭВ (синдром эмоционального выгорания), как правило, выявляется сочетание психопатологических, психосоматических, соматических симптомов и признаков социальной дисфункции.

Основная идея подхода, предложенного К. Маслач и М. Лейтер, заключается в том, что выгорание - результат несоответствия между личностью и работой. Увеличение этого несоответствия повышает вероятность возникновения выгорания. Авторы рассматривают выгорание как проявление эрозии человеческой души в целом, независимо от типа профессиональной деятельности. Ими выделено шесть сфер такого несоответствия [14, с. 134]:

1. Несоответствие между требованиями, предъявляемыми к работнику, и его ресурсами. Основным является предъявление повышенных требований к личности и ее возможностям. Выгорание может привести к ухудшению качества работы и разрыву взаимоотношений с коллегами.

2. Несоответствие между стремлением работников иметь большую степень самостоятельности в своей работе, определять способы достижения тех результатов, за которые они несут ответственность, и жесткой и нерациональной политикой администрации в организации рабочей активности и контролем за ней. Результат этой активности - возникновение чувства бесполезности своей деятельности и отсутствие ответственности за нее.

3. Несоответствие работы и личности ввиду отсутствия вознаграждения, что переживается работником как непризнание его труда.

4. Несоответствие личности и работы ввиду потери чувства положительного взаимодействия с другими людьми в рабочей среде. Люди процветают в сообществе и лучше функционируют, когда они получают одобрение, утешение, поддержку, радость, хорошее настроение от тех людей, которых они любят и уважают. К сожалению, в некоторых видах деятельности работники изолированы друг от друга или имеют формальные социальные контакты. Однако наиболее деструктивным элементом в обществе являются постоянные и нерешаемые конфликты между людьми. Они продуцируют постоянное чувство фрустрации и враждебности и уменьшают вероятность социальной поддержки.

5. Несоответствие между личностью и работой может возникнуть при отсутствии представления о справедливости на работе. Справедливость обеспечивает признание и закрепление самооценности работника.

6. Несоответствие между этическими принципами и принципами личности и требованиями работы. Например, человека обязывают вводить кого-то в заблуждение, говорить что-то, не соответствующее действительности и т.п. [14, с.139].

Данный подход представляется перспективным, поскольку позволяет найти совокупное влияние различных факторов в каждом конкретном случае выгорания, обеспечить адекватные превентивные меры и перейти от рассмотрения выгорания к его устранению.

Таким образом, развитие синдрома эмоционального выгорания связано как с внешними факторами окружающей среды и организацией деятельности, так и с особенностями личности человека, подверженного воздействию внешних факторов.

Профессиональная деформация как следствие “эмоционального выгорания” и меры ее профилактики.

В настоящее время нет единого взгляда на структуру синдрома “выгорания”, но, несмотря на различия в подходах к его изучению, можно заключить, что он предопределяет личностную деформацию.

Профессиональная деформация развивается постепенно из профессиональной адаптации, которая является необходимой для медицинского работника. Адаптация к новым, а тем более экстремальным условиям достигается ценой затрат функциональных резервов организма. Реакция организма на внешние и внутренние воздействия протекает в зависимости от силы фактора, времени его воздействия и адаптационного потенциала организма, который определяется наличием функциональных резервов. Нарушение регуляторных процессов приводит сначала к функциональным, а затем и к морфологическим изменениям в организме, свидетельствующим о развитии болезни.

У медицинского работника, который в начале своей профессиональной карьеры очень бурно переживал все события, тяжело влияющие на психику больных (страдания, операции, кровотечения, смерть), постепенно развивается определенная эмоциональная сопротивляемость. Профессиональными деформациями являются поведение и выражения

медицинских работников, при которых под влиянием привычки проявляется черствость по отношению к больным в такой степени, что у окружающих создается впечатление бездушности и даже цинизма. Профессионально деформированный лечащий специалист производит на больного впечатление незаинтересованности и безразличия, не осознавая этого.

Следствием “эмоционального выгорания” является такое негативное проявление профессиональной деятельности, как стандартизация общения, применение в работе стереотипных навыков, одинаковых заготовок, подмена творческой продуктивной деятельности формальным исполнением своих обязанностей, желание снизить объем работы, т. к. медсестре в этом состоянии кажется, что ее чувство хронической усталости и напряжения связаны с перегрузкой. У нее появляется желание уклониться от дополнительных нагрузок, увеличить дистанцию в общении с пациентами и коллегами, избегать новых обязанностей. Формализация общения приводит к тому, что медицинская сестра начинает прятаться за правила, инструкции и становится менее открытой для контакта. Одним из очень серьезных последствий профессионального стресса у медицинских сестер считается появление или заметное учащение соматических заболеваний, поэтому следует задуматься над тем, что беспричинно учащаемые головные боли, повышение АД, частые ОРЗ могут быть соматическими эквивалентами эмоциональных расстройств.

Наряду со стремлением снижать эмоциональную нагрузку в ситуации профессионального стресса часто наблюдают обратный вариант, связанный с “трудоголизмом” – стремлением компенсировать ощущение своей недостаточной профессиональной успешности еще большим усердием и напряжением в работе, нередко за счет семейных, дружеских и других значимых для человека отношений. У многих медицинских работников нет никого, кроме супруги / супруга или партнера, с кем можно обсудить личные вопросы. Внося профессиональные вопросы в семью, они рискуют испортить

личные взаимоотношения. Они не в состоянии выполнять другие обязанности и получать от этого удовольствие. Образ родителя, который не способен отключаться от работы и недоступен для своих детей, остается печальным стереотипом.

Многие специалисты, находясь в синдроме “сгорания”, искренне убеждены, что жесткие социальные стандарты медицинской профессии накладывают ограничения не только на стиль поведения, но и на чувства (“я не вправе чувствовать злость, раздражение, страх, вину, иначе я – плохой специалист”). И это создает отчуждение от самого себя. Если же при этом медицинская сестра неосознанно стремится играть роль “родителя” или “спасителя”, отвечающего за все, – это прямой путь к профессиональному стрессу.

Поведение медицинских работников, работающих в экстремальных условиях, характеризуется двумя крайностями – дистанцированием и полным слиянием. При слишком маленькой пространственной и эмоциональной дистанции между индивидуумом и другим человеком специалист “заражается” его состоянием, как бы втягивается в него, как втягиваются в воронку, где растворяется и теряет “чувство себя”. Это один вариант возникновения синдрома “эмоционального выгорания”.

Другой вариант – человек просто не подпускает других к себе. На общение он идет, подстегивая себя, как бичом, словом “должен”. В этой группе находятся люди, компенсирующие недостаточность своей личной жизни. Например, у человека нет своих детей или не складываются отношения с ними, поэтому он компенсирует неудачи частной жизни в отношениях с окружающими. “Сгорание” – не от непосильной включенности в трудовую деятельность, а скорее от плохого знания себя, неполного разрешения личных проблем, которые не дают возможности почувствовать в общении с людьми легкость и радость.

Необходимо следить, чтобы подсознательная и бесконтрольно развивающаяся деформация не стала одним из факторов ятрогенного поражения пациентов. Необходимой и базовой частью профилактики возникновения синдрома “эмоционального выгорания” является личностная психологическая подготовка специалистов “помогающих” профессий. Здесь имеется в виду не только и не столько теоретическое обучение основам психологии (хотя и оно не теряет своей значимости), сколько практическое обучение, направленное на развитие стрессоустойчивости профессионала.

Модель предупреждения “эмоционального выгорания” предусматривает следующие направления: повышение коммуникативных умений с помощью активных методов обучения (социально-психологические тренинги, деловые игры); обучение эффективным стилям коммуникаций и разрешению конфликтных ситуаций; тренинги, стимулирующие мотивацию саморазвития, личностного и профессионального роста; антистрессовые программы и группы поддержки, ориентированные на личностную коррекцию самооценки, уверенности, социальной смелости, эмоциональной устойчивости и психофизической гармонии путем овладения способами саморегуляции и планирования личной и профессиональной карьеры.

Индивиды могут переносить значительный стресс без повышенного риска развития психического или соматического заболевания, если они получают адекватную поддержку. На практике это означает уважение и принятие человеческой природы медицинского работника и такой его жизни за пределами работы, чтобы он мог удовлетворять собственные потребности наряду с потребностями пациентов, а также создание материальной заинтересованности в результатах труда.

Основным психологическим качеством, обеспечивающим стрессоустойчивость, является уровень личностной зрелости специалиста. Здесь подразумевается степень осознания себя, способность брать на себя ответственность, принимать решения и делать выбор, умение строить

гармоничные взаимоотношения с другими людьми, открытость изменениям и принятие своего и чужого опыта во всем его разнообразии.

Еще один важный аспект этой проблемы: “эмоциональное выгорание”, как правило, является следствием неконструктивного общения с коллегами и руководством. Хороший климат внутри коллектива, чувство достаточной эмоциональной поддержки коллег и администрации – это мощный ресурс предупреждения и устранения профессионального стресса. Чувство защищенности в коллективе, наличие надежной опоры среди коллег, возможность доверительно обсуждать вопросы, связанные со стрессом в работе, позволяют снизить напряженность, тревогу, а также нередкие агрессивные проявления.

Руководители, принимая на работу сотрудников, должны рассматривать персонал как свой наиболее ценный ресурс и заботиться о его сохранении. Сотрудников, впервые приступивших к работе, необходимо реалистично и адекватно ввести в курс дела; можно организовать систему наставничества для обеспечения качественной, количественной и клинической сторон работы, а также содействовать закреплению индивидуального наставника.

Существуют конкретные способы преградить путь синдрому “сгорания”: культивирование других интересов, не связанных с профессиональной деятельностью; внесение разнообразия в свою работу; создание новых проектов и их реализация без ожидания санкционирования со стороны официальных инстанций; поддержание своего здоровья, соблюдение режима сна и питания; овладение техникой медитации; активная социальная жизнь; наличие нескольких друзей (желательно других профессий), во взаимоотношениях с которыми существует баланс; стремление к исполнению желаний без надежды стать победителем во всех случаях и умение проигрывать без ненужных самоуничижения и агрессивности; способность к самооценке без упования только на уважение

окружающих; открытость новому опыту; умение не спешить и давать себе достаточно времени для достижения позитивных результатов в работе и жизни; обдуманное обязательство (например, не следует брать на себя большую ответственность за пациента, чем он сам); чтение не только профессиональной, но и другой хорошей литературы, просто для своего удовольствия без ориентации на какую-то пользу; участие в семинарах, конференциях, где есть возможность встретиться с новыми людьми и обменяться опытом; периодическая совместная работа с коллегами, значительно отличающимися профессионально и личностно; участие в работе профессиональной группы, дающее возможность обсудить возникшие личные проблемы, связанные с работой; хобби, доставляющее удовольствие, и др.

Необходимость в психотерапевтической помощи и специальной профессиональной подготовке для медсестер, которые сознательно выбирают вид медицинской деятельности, связанный с повышенным риском “эмоционального выгорания”, не вызывает сомнений. Каковы приемы профилактики или замедления “выгорания”? Как, оставаясь чувствительным к страданиям умирающего человека, не утратить профессиональной идентичности, быть рядом и в то же время отстраненным? Общеизвестным на сегодняшний день способом решения этих проблем являются так называемые **“балинтовские группы”**. Первые тренинговые семинары для врачей общего профиля были организованы в 50-х годах в Лондоне на базе знаменитой Тавистокской клиники М. Балинтом – ближайшим соратником З. Фрейда. В работе “Доктор, его пациент и болезнь” М. Балинт изложил основы проведения семинаров подобного рода. Программа групповых занятий для практикующих врачей была нацелена на улучшение их профессиональных качеств путем привлечения внимания к психологическим аспектам работы с больным. Представляемый кем-либо из участников семинара случай, вызвавший затруднения, служил объектом всестороннего,

не ограниченного только соматической стороной, рассмотрения. Занятия в “балинтовской группе” позволяли обеспечить определенный сдвиг в самосознании врача, достичь значительных изменений не только в профессиональной жизни, но и во всех аспектах бытия доктора, творчески используя заложенный в отношениях “врач – больной” терапевтический потенциал в каждодневной клинической практике. Занятия начались с семинаров для врачей общего профиля, а затем “балинтовские группы” распространились и на другие категории медицинских работников, охватив медицинских сестер, студентов-медиков, врачей-специалистов.

Первый шаг к преодолению “эмоционального выгорания” – разобраться с собой, понять не только свои цели и представить образ будущего, а ответить на вопрос о смысле своих действий. Самый распространенный способ – попробовать подняться над ситуацией, посмотреть на свое положение и работу с более глобальной точки зрения.

Другой способ – уход в область, которая лежит рядом. Когда прежние знания, умения, навыки находят новое применение, человек делает так называемую горизонтальную карьеру.

Третий способ – не оставляя занятия, сделать его инструментом для достижения более глобальных целей.

Четвертый способ, который часто применяют, – оставаясь в той же ситуации, сосредоточить внимание не на хорошо известных, усвоенных объектах, а на нерешенных проблемах.

Следует отметить, что развитие синдрома эмоционального выгорания носит индивидуальный характер, определяемый различиями в эмоционально-мотивационной сфере, а также условиями, в которых протекает профессиональная деятельность человека. Под синдромом эмоционального выгорания скрываются разные состояния и внутренние процессы, которые необходимо различать и разграничивать в каждом конкретном случае,

поскольку они имеют разные причины и требуют в своем решении различных подходов.

Исходя из того, что специфичность профессиональной деятельности оказывает влияние на эмоциональное выгорание у медработников разной категории, мы изучили шкалы эмоционального выгорания у врачей и медсестер. Исследование показало, что у большинства врачей и медсестер высокие показатели по шкале деперсонализации, которая проявляется в эмоциональном отстранении и безразличии, формальном выполнении профессиональных обязанностей без личностной включенности и сопереживания, а в отдельных случаях – в негативизме и циничном отношении. На поведенческом уровне «деперсонализация» проявляется в высокомерном поведении, использовании профессионального сленга, юмора, ярлыков. В результате медицинский работник как бы отстраняется от больного, включая психологическую защиту от стресса.

Таким образом, полученные в ходе исследования результаты могут быть использованы при разработке методов профилактики и преодоления эмоционального выгорания в частности и профессиональной деформации личности в целом медицинских работников и представляют интерес для психологов, специалистов по работе с персоналом, руководителей.

Список литературы

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине/Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц. - М.: Наука, 2018. - С.231-244.
2. Акиндинова И.А., Баканова А.А. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности педагога: проявления и профилактика/И.А. Акиндинова, А.А. Баканова // Педагогические вести. - СПб.: Издательство РГПУ им.А.И. Герцена, 2018. - № 5. - С.34.

3. Ананьев Б.А. Введение в психологию здоровья/Б.А. Ананьев. - СПб.: Питер, 2019. - 123 с.
4. Анциферова Л.И. Условия деформации личности/Л.И. Анциферова // Новые исследования. - М.: Наука, 2019. - С.32-38.
5. Афанаскина М.С. Формирование у медицинской сестры клинического мышления/М.С. Афанаскина // Медицинская сестра. - М.: Русский врач, 2019. - № 6. - С.34
6. Барабанова М.В. Изучение психологического содержания синдрома выгорания/М.В. Барабанова // Вестник Московского университета. Серия 14. "Психология". - М.: Издательство МГУ, 2021. - № 1. - С.54 - 67.
7. Безносков С.П. Профессиональная деформация личности // Коллектив, личность, общение. - 2021. - С.42 – 53.
8. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л.: Наука, 2021. - 147 с.
9. Божович Л.И. Психологический анализ условий формирования и строения гармонически развитой личности // Методологические проблемы формирования и развития личности. - М., 2021.
10. Бойко В.В. Синдром "эмоционального выгорания" в профессиональном общении/В.В. Бойко. - СПб.: Питер, 2021. - 105 с.
11. Водопьянова Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях/Н.Е. Водопьянова // Психология здоровья/Под ред. Г.С. Никифорова. - СПб.: Издательство СПб ГУ, 2021. - С.443-463
12. Даболин Л.М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека/Л.М. Аболин. - Казань: Издательство Казанского университета, 2021. - 261 с.
13. Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии / Под ред. И.М. Виш. - Тамбов. - 2022.478 с.

14. Воронина Т.А. Роль медицинской сестры // Сестринское дело. - 2023. - №3. - С.9-10.
15. Знаков В.В. Исследование профессионально важных качеств у мед. работников // Психологический журнал. - 2022. - №3. - С.71 – 81
16. Захаров С. Синдром выгорания у врачей. /С. Захаров // Интернет: forumssmedserv/ show thread.
17. Заховаева А.Г. Основные проблемы философии сестринского дела/А.Г. Заховаева // Сестринское дело. - М.: Медицинский вестник, 2022. - № 2. - С.28-29.
18. Маркова А.К. Психология профессионализма. М., 2019. - 308 с.
19. Марищук В.Л. Психологические основы формирования профессионально важных качеств. Л.: 2019.
20. Косарев В.В., Васюкова Г.Ф. Профессиональная заболеваемость медицинских работников Самарской области/В.В. Косарев, Г.Ф. Васюкова // Гигиена и санитария. - М.: Медицина, 2022. - № 3. - С.27-38.-26
21. Никифоров Г.С. Психология здоровья / Г.С. Никифоров. - СПб.: Речь, 2022. - 256 с.
22. Орел В.Е. Феномен "выгорания" в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал. - 2019. - Т.22, №1. - С.90-101
23. Сидоров П. Синдром эмоционального выгорания // Медицинская газета, 2021 - №43. - С.25-32
24. Стрельникова А.Н. Зачем мед. сестре самооценка // Мед. сестра 2023. - №1. - С.42 – 43
25. Трунов Д. Синдром сгорания: позитивный подход к проблеме / Д. Трунов // Журнал практического психолога. - М.: Издательство МГУ, 2019. - № 8. - С.84-89.

26. Форманюк Т.В. Синдром эмоционального сгорания как показатель профессиональной дезадаптации учителя/Т.В. Форманюк // Вопросы психологии. - М.: Школа-Пресс, 2021. - № 6. - С.57-63

27. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными/И. Харди. - Будапешт: Издательство Академии Наук Венгрии, 2019. - 286 с.

28. Хетагурова А.К. Этико-деонтологические аспекты в работе сестринского персонала/А.К. Хетагурова // Сестринское дело. - М.: Издательский дом медицинский вестник, 2022. - № 6. - С.34-35.

Автор: Патрушева Мария Геннадьевна

Главная медицинская сестра

ФГБУЗ МСЧ № 70 – УЦПП

им. Ю.А. Брусницына ФМБА России,

г. Екатеринбург

**«Мотивация в работе среднего медицинского персонала ФГБУЗ
«Медико-санитарная часть № 70-Уральский центр профессиональной
патологии имени Ю.А. Брусницына Федерального медико-
биологического агентства»»**

Повышение трудовой мотивации среднего медицинского персонала является актуальной проблемой, значимость которой особенно высока в связи с реформированием здравоохранения и реализацией Национального проекта в сфере здоровья. Руководители должны четко понимать важность мотивирования как одной из функций управления и использовать все возможности для снижения демотивирующих среднй медицинский персонал факторов.

Основные направления повышения трудовой мотивации

Таблица №1

<i>на уровне государственного управления</i>	<i>на уровне местного управления</i>	<i>на уровне руководства организации</i>
<p>Повышение престижа и широкая пропаганда общественной значимости профессии медицинской сестры. Оказание признания работникам и ветеранам профессии.</p>		
<p>2. Установление достойного уровня оплаты труда медицинских сестер.</p>	<p>2. Организация семинаров, конференций, конкурсов на городских, районных, областных уровнях, обмен опытом между различными медицинскими учреждениями.</p>	<p>2. Развитие системы дополнительного материального стимулирования работников, создание возможности для льготного медицинского обслуживания работников и членов их семей.</p>
<p>3. Оснащение медицинских учреждений современным оборудованием и внедрение современных технологий.</p>	<p>3. Выделение дополнительных средств на техническое и технологическое оснащение медицинских учреждений.</p>	<p>3. Развитие организационной культуры: популяризация миссии, формирование лояльности и приверженности работников организации и др. специфические аспекты.</p>
<p>4. Популяризация повышенного уровня среднего и высшего сестринского образования.</p>	<p>4. Организация целевых наборов в высшие образовательные учреждения выпускников медицинских училищ и колледжей, отлично проявивших себя за время учебы.</p>	<p>4. Внимание к кадровой работе: создание программ адаптации молодых специалистов, изучение трудовой мотивации персонала и создание мотивационных программ и др.</p>
<p>5. Расширение иерархической структуры учреждений здравоохранения, создание возможности карьерного роста и более дифференцированной оплаты труда медицинских сестер.</p>	<p>5. Привлечение школьников и студентов медицинских училищ и колледжей к научно-исследовательской работе и популяризации медицинских знаний, установление именных стипендий.</p>	<p>5. Профилактика профессионального стресса и синдрома профессионального выгорания: введение должности психолога, обучение персонала навыкам антистрессового поведения, проведение социально-психологических тренингов.</p>
<p>6. Разработка нормативов нагрузки и стандартов</p>	<p>6. Привлечение наиболее авторитетных медицинских</p>	<p>6. Создание комфортных условий на работе. Контроль за</p>

оказания медицинской помощи. Введение в штат ЛПУ должности менеджера по кадрам и психолога.	работников к популяризации медицинских знаний и своей профессии в СМИ, на встречах с населением.	соблюдением техники безопасности. Внедрение здоровьесберегающих технологий.
7. Введение в программы повышения квалификации средних медицинских работников обязательных социально-психологических тренингов (не менее 24 часов).	7. Широкое привлечение высококвалифицированных медицинских кадров к преподавательской деятельности на отделениях повышения квалификации средних медработников.	7. Развитие сестринского процесса как основной модели оказания сестринской помощи.

Проблемам мотивации труда среднего медицинского персонала здравоохранения посвящен ряд научных исследований (Бутенко Т.В. Психическое выгорание и трудовая мотивация среднего медицинского персонала // Молодой учёный. 2022. № 11. – С. 157 – 161; Всероссийская конференция «Организационные основы кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации» 19 – 20 мая 2022г; Дроздова Г.Ю. Проблемы мотивации трудовой деятельности медицинских сестер // Главная медицинская сестра. – 2023. - №.1. – С. 54 – 62).

В условиях рыночной конкуренции качество работы среднего медицинского персонала стало одним из ведущих факторов, определяющих экономическое положение центра профессиональной патологии. Оценка качества деятельности среднего медицинского персонала, проводится по многим критериям в частности по степени удовлетворения потребностей пациента. Однако существует один аспект – это удовлетворенность самого среднего медицинского персонала своей деятельностью и её результатами.

В ФГБУЗ «МСЧ № 70 – УЦПП им. Ю.А. Брусницына ФМБА России» используют материальные и нематериальные методы мотивации, однако их применение не принесет эффекта, если подчиненные не будут уверены в том, что их усилия окажут влияние на результат.

У каждого сотрудника имеются определенные надежды, связанные с работой. В свою очередь, недостаточное стимулирование персонала к деятельности приводит к снижению их работоспособности даже при наличии у них высокой профессиональной подготовки и навыков. Поэтому организация нуждается в рекомендациях по совершенствованию управления персоналом и повышению их мотивации к выполняемой работе. Путь к эффективному управлению сестринским персоналом лежит через понимание его мотивации. Только зная то, что движет человеком, что побуждает его к деятельности, какие мотивы лежат в основе его действий, мы сможем эффективно управлять персоналом, повышая качество медицинских услуг при помощи позитивного мотивирования своих сотрудников. В связи с этим проблемы мотивации и стимулирования труда работников организации являются актуальными.

Вследствие этого вопроса было проведено исследование мотивационной системы деятельности среднего медицинского персонала ФГБУЗ «МСЧ № 70 – УЦПП им. Ю.А. Брусницына ФМБА России».



Рисунок 1 - ФГБУЗ «МСЧ № 70 – УЦПП им. Ю.А. Брусницына ФМБА России»

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть № 70 – Уральский Центр профессиональных патологий имени Ю.А.Брусницына». В своем составе МСЧ №70 - УЦПП имеет стационар на 60 коек круглосуточного пребывания терапевтического и неврологического профиля, дневной стационар на 30 коек и поликлинику на 500 посещений в смену, а также 3 фельдшерских здравпункта на прикрепленных предприятиях.



Рисунок 2 – Выездные бригады МСЧ 70 Екатеринбург ФМБА

МСЧ №70-УЦПП - лечебное учреждение, целью которого является медико–санитарное обеспечение и охрана здоровья работников промышленных организаций, в которых условия работы связаны с воздействием специфически неблагоприятных факторов, требующих специальных научно – обоснованных лечебно – профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на предупреждение общей и профессиональной заболеваемости, заболеваемости вследствие возможного вредного воздействия факторов окружающей среды, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, проведение экспертизы связи выявленных заболеваний с профессией и решения вопросов профессиональной непригодности, оказание помощи застрахованному населению.

Цель исследования изучить потребности, ценности и ценностные ориентации, структуру мотивов трудового поведения. Иными словами, удовлетворение каких потребностей является наиболее важным в процессе работы среднего медицинского персонала.

Для достижения этой цели были поставлены и решены следующие задачи:

1. Анализ существующей системы мотивации труда среднего медицинского персонала ФГБУЗ «МСЧ № 70 – УЦПП им. Ю.А. Брусницына ФМБА России».
2. На основании социологического исследования выявить потребности и интересы, ценности и ценностные ориентации среднего медицинского персонала.
3. Определить тип профессиональной мотивации у среднего медицинского персонала.
4. Разработать предложения по совершенствованию мотивационной системы среднего медицинского персонала ФГБУЗ «МСЧ № 70 – УЦПП им. Ю.А. Брусницына ФМБА России».

Объектом исследования мотивационных ценностей явились респонденты, представленные в Таблице №2.

Кадровый состав среднего медицинского персонала.

Таблица №2

	По штатному расписанию	Физических лиц
Средние медработники:	117,25	79
- медицинские сестры		46
- фельдшеры		9
- организаторы сестринского дела		1
- инструктор-дезинфектор		1
- акушерка		1
- фармацевты		1
- фельдшеры лаборанты		2
		5
- медицинские регистраторы		7
- зубные техники		2
-рентгенлаборанты		3
- статистики		2

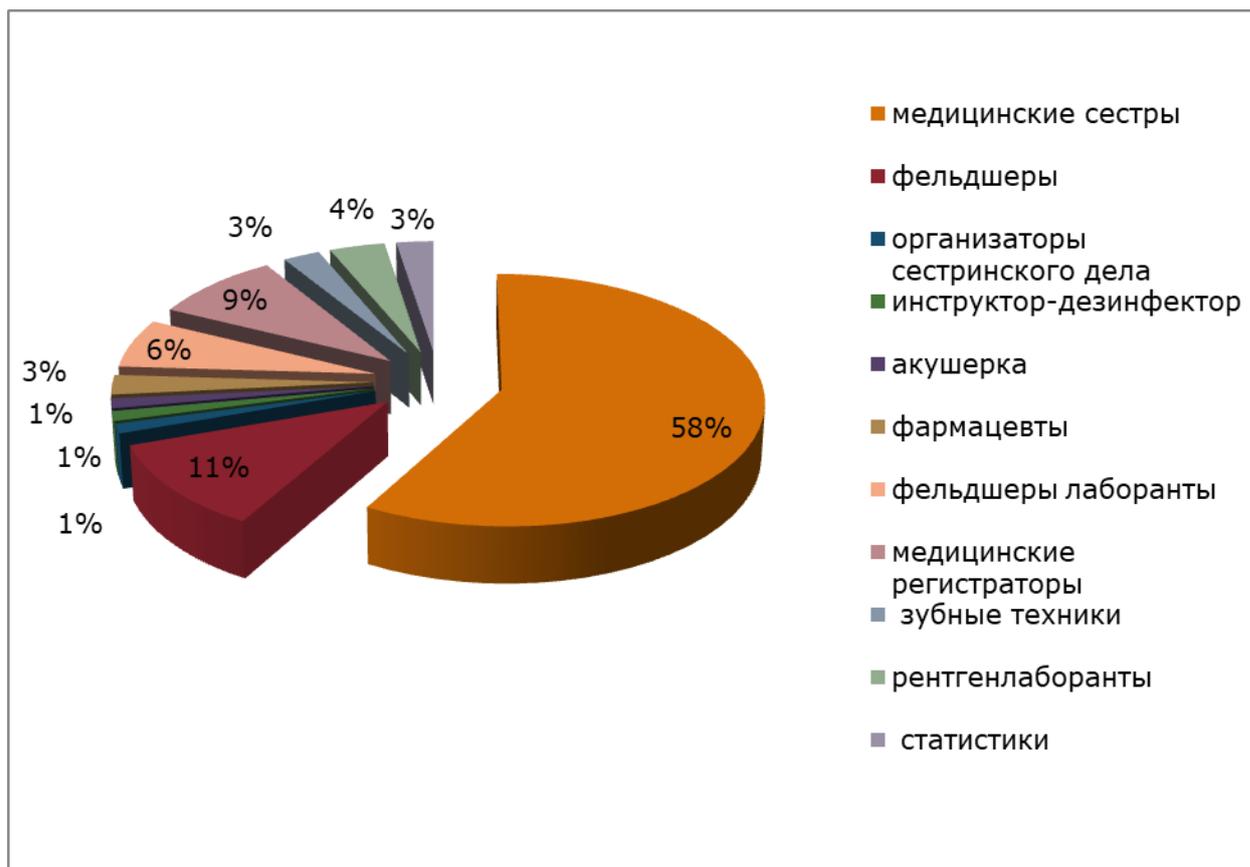


Рисунок 3 - Кадровый состав среднего медицинского персонала

В исследовательской работе приняли участие респонденты старше 30 лет, имеющие стаж работы в данном учреждении более 5 лет. Все 100% респондентов имеют базовый уровень образования, из них 3% - повышенный уровень и 1% - высшее сестринское образование. 75% указали на наличие квалификационных категорий, 100 % имеют сертификаты специалиста.

Для решения исследовательских задач был использован метод социологического исследования - опрос по специально составленной анкете, предполагающей оценку личного потенциала удовлетворенности среднего медицинского персонала.

Проанализировав существующую систему мотивации труда среднего медицинского персонала ФГБУЗ «МСЧ № 70 – УЦПП им. Ю.А. Брусницына ФМБА России», определили факторы, привлекательные для среднего

медицинского персонала 37% респондентов отметили хорошие отношения с коллегами, 23% - социальные гарантии, 18% - возможность самореализации.

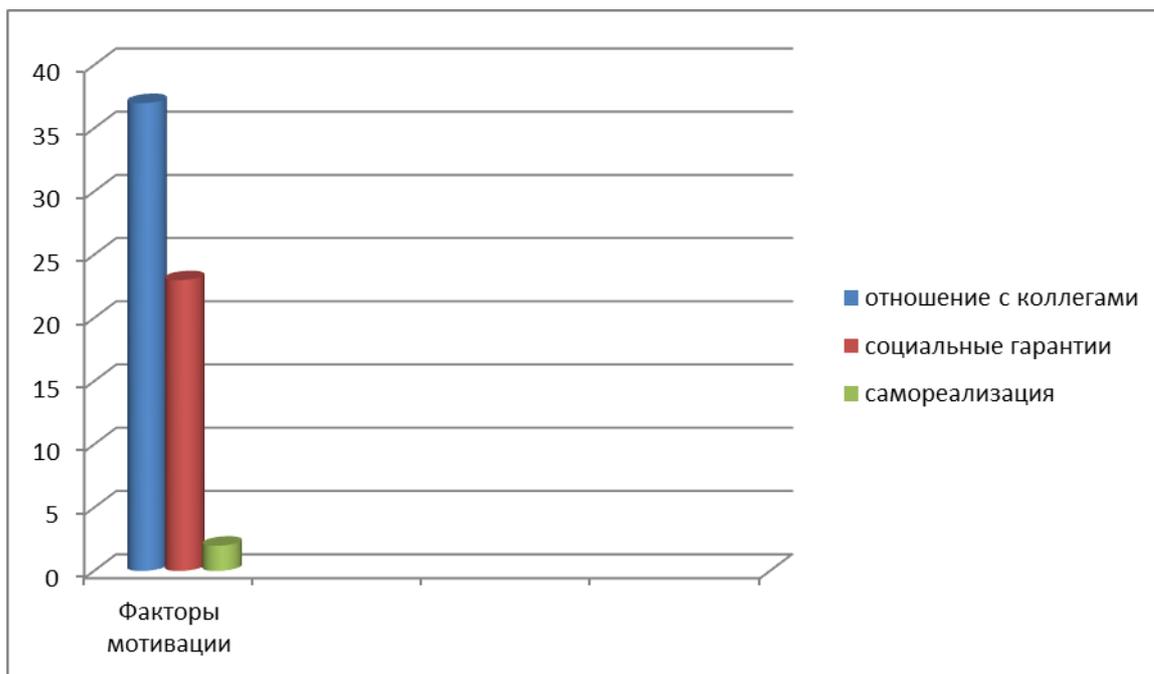


Рисунок 4 – Факторы мотивации

В процессе исследования определили виды поощрений, используемые в ФГБУЗ «МСЧ № 70 – УЦПП им. Ю.А. Брусницына ФМБА России».

По результатам проведения опроса, самым распространенным мотивационным методом является психологическое поощрение: объявление благодарности, грамота 57% - руководители среднего медицинского персонала и 49% - средний медицинский персонал.

Выявлены факторы негативно влияющие на желание эффективно работать в данном учреждении: 37% - среднего медицинского персонала указали низкую оплату труда, средние медицинские работники находятся в нелегком материальном положении и основным мотиватором к работе служит для них моральное удовлетворение; 35% - респондентов отметили большие физические и психологические нагрузки, медицинская деятельность требует от большинства значительного напряжения, большая часть медицинских работников имеют факторы риска для здоровья; 24% - на

отсутствие комнаты отдыха для психоэмоциональной разгрузки и принятия пищи.

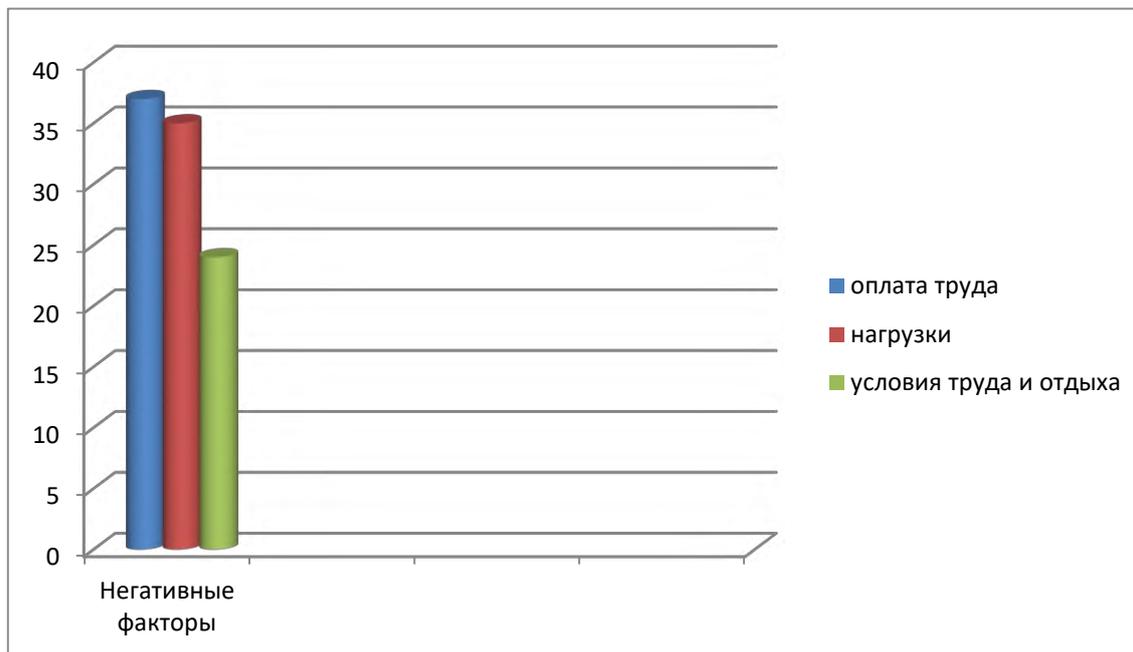


Рисунок 5 – Негативные факторы

С помощью социологического исследования определили потребности и интересы, ценности и возможные ожидания, на которые ориентируются средний медицинский персонал.

По мнению среднего медицинского персонала, важными стимулами в работе, в порядке приоритетности, являются: 23,5% – достойная зарплата, материальное положение современных средних медицинских работников находится на недостаточно высоком уровне, даже в МСЧ №70 – УЦПП с многоканальным финансированием большинство из них оценивают материальное положение своей семьи как ниже среднего; 20% - возможность самореализации в профессии, 18% - условия труда.

В результате исследования респонденты указали наиболее ценные для них поощрения: из материальных 27% указали на премию, 25% на вознаграждение за выслугу лет и по итогам работы за месяц и в целом за год. Из психологических поощрений 30% - почетную грамоту, 50% -

благодарность. Из социальных потребностей респонденты отметили: 37% - предоставление отпуска преимущественно в летний период времени, 28% - предоставление компенсаций на транспорт, на квартиру и детский сад, 27% - представление к награждению ведомственными и государственными наградами, почетным званиям Российской Федерации.

В ходе исследования был проведен более детальный анализ ответов тех, кто выделил среди приоритетных ценностей карьерный рост – мотивация к профессиональному и личностному росту, возможность повышать свою квалификацию, а вследствие этого оказывать более профессиональную помощь, укреплять свое имя как специалиста, выяснилась взаимосвязь между их стажем работы и занимаемой должностью.

Средний медицинский персонал со стажем работы до 8 лет: 50% средний медицинский персонал более склонный к карьерному росту, а 23% более опытные реже желают повышения в должности.

Изучая структуру трудовой мотивации среднего медицинского персонала, выявлено, что для большинства из них – 52% характерна внутренняя мотивация профессиональной деятельности, которая связана с ориентацией человека на сам процесс и результат труда, потребностью в самовыражении в своей профессиональной деятельности, отношении к профессии, как к чему – то большему, чем инструменту для зарабатывания денег, принадлежность к группе единомышленников и в этом есть возможность для расстановки акцентов в системе мотивации.

Исследование показало, для того чтобы средний медицинский персонал работал более эффективно и результативно, необходимо анализировать качество трудовой жизни, которая является на современном этапе важнейшим стимулом роста эффективности труда. Оно определяется психологическим состоянием трудового коллектива, эффективной системой оплаты труда, правильно организованным местом для работы и отдыха, отношением руководства организации к среднему медицинскому персоналу,

возможностью служебной карьеры, обеспечение социальных гарантий и дополнительных благ. Это даст учреждению избежать текучести кадров, укомплектовать рабочие места по должностям среднего медицинского персонала и мотивировать к трудовой деятельности. Это гарантия того, что средний медицинский персонал будет работать эффективно и с полной самоотдачей.

Список литературы:

1. Костикова А.Ю. «Мотивация и удовлетворенность профессиональной деятельностью медицинских работников» тема диссертации и автореферата по ВАК РФ 14.02.03, кандидат наук А.Ю. Костикова [Электронный ресурс] 2018 г.
2. Богачева, Е.В. Трудовая мотивация как основа повышения эффективности деятельности медицинской сестры / Е.В. Богачева // Проблемы и перспективы социально-экономического реформирования современного государства и общества: Материалы Международной научно-практической конференции. – Москва, 2023. – С. 86–89 (0,25 п. л.).
3. Богачева, Е.В. Особенности трудовой мотивации медицинских сестер / Е.В. Богачева // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения: сборник материалов Международной научно-практической конференции / Под общ. ред. С.С. Чернова. – Новосибирск: Издательство НГТУ, 2023. – С. 122–125 (0,25 п. л.).
4. Бутенко Т.В. Психическое выгорание и трудовая мотивация среднего медицинского персонала // Молодой учёный. 2022. № 11. – С. 157 – 161.
5. Гажева А.В. Состояние сестринского дела в Российской Федерации [Электронный ресурс] // Всероссийская конференция «Организационные основы кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации» 19 – 20 мая 2022г.
6. Дроздова Г.Ю. Проблемы мотивации трудовой деятельности медицинских сестер // Главная медицинская сестра. – 2023. - №.1. – С. 54 – 62.

Автор-Рыбин Денис Леонидович

Заведующий отделением, преподаватель

Медицинский колледж УрГУПС

Екатеринбург, РФ

МЕТОДЫ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Ключевые слова: Молочная железа. Рак. Скрининг. Классификация.

В последние десятилетия отмечен рост онкологической заболеваемости молочной железы, опередивший все остальные локализации этой патологии. Несмотря на кажущуюся доступность, диагностика патологических процессов в молочной железе представляет большие трудности. Был период, когда предполагалось, что посредством обычной клинической пальпации можно диагностировать любые заболевания. Общеизвестно, что единственным способом борьбы с раком молочной железы, единственной возможностью сохранения жизни и здоровья пациентов является современная диагностика. В настоящее время у специалистов появился целый арсенал диагностических средств, основным из которых является цифровая рентгеновская маммография, позволяющая распознавать патологический процесс даже на самой ранней доклинической стадии развития.

Во многих странах мира разработаны специальные скрининговые программы для обследования женщин, целью которых является обнаружение мельчайших признаков зарождающегося онкологического процесса. Основным методом диагностики заболеваний молочных желез, методом массовых профилактических обследований была и остается цифровая рентгеновская маммография, которая сконцентрировала последние достижения медицинских технологий. Бурное развитие медицинской техники

обеспечивает повышение точности исследований, возможность обнаружения рака на доклинических стадиях развития.

Выбор рентгеновской маммографии в качестве профилактического метода исследования и ведущего способа диагностики обусловлен его высокой точностью, специфичностью и чувствительностью при распознавании патологических процессов молочной железе. Для более уточненной диагностики широко используются дополнительные методы лучевых исследований:

- ультразвуковая диагностика молочной железы, это ценный и безопасный метод диагностики, превосходно зарекомендовавший себя при обследовании женщин молодого возраста с плотным строением железистого треугольника, позволяющий проводить дифференциальную и уточняющую диагностику при различных патологических состояниях.

- магнито-резонансная томография: облегчает возможность визуализации опухолевого процесса в ретромаммарном пространстве, особенно исходящего из органов грудной полости, способствует визуализации малых раков, позволяет оценить ангиогенную активность опухоли.

- радиоизотопная диагностика этот метод основан на способности опухолевой ткани накапливать радионуклеиды Талия (^{201}Tl), $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -сесамиби, большое дифференциально-диагностическое значение имеет методика, основанная на приеме таблетированного препарата Fe-59 , обладающего способностью накапливаться в раковых клетках.

Очевидно, что проведение комплексной диагностики увеличивает возможность распознавания рака даже в самых сложных случаях.

Рак молочной железы (РМЖ)- это злокачественное образование в железистой ткани молочной железы.

РМЖ-длительно протекающее заболевание, клиническая реализация которого наступает через много лет от появления первых раковых клеток.

Скорость роста раковой опухоли всегда различна и обусловлена множеством причин как эндогенного, так и экзогенного характера.

Главными факторами, влияющими на развитие рака молочной железы (РМЖ), являются гормональный статус и генетическая предрасположенность.

Большинство всех случаев заболевания приходится на спорадический (ненаследственный) РМЖ. Его отмечают у 90–95% заболевших. Наследственные формы, характеризующиеся различными мутациями в генах *BRCA1*, *BRCA2*, *CHEK2*, *NBN*, *ATM*, *PALB2*, и выявляют у 5–10% пациентов с диагнозом РМЖ.

Наиболее часто наследственный характер РМЖ обусловлен наличием мутаций в генах *BRCA1* и *BRCA2*. Эти гены кодируют белки, которые отвечают за процессы репарации двунитевых разрывов ДНК, контролируют прохождение клеточного цикла, регулируют транскрипцию и апоптоз, поддерживая геномную стабильность. Повреждения в данных генах увеличивают вероятность развития онкологических заболеваний, большая часть из которых возникает в молодом возрасте. Наличие мутаций в генах *BRCA1* и *BRCA2* во многом определяет выбор тактики лечения, а также профилактических мероприятий.

В настоящее время в России определение наследственных форм РМЖ осуществляют с помощью «стандартных» диагностических панелей, которые методом ПЦР позволяют быстро и сравнительно недорого обнаружить наиболее характерные для нашей популяции повреждения в генах *BRCA1* и *BRCA2*. Однако ряд проведенных исследований указывает на наличие других клинически значимых мутаций, которые не определяются «стандартной» панелью, но также увеличивают онкологический риск, а, следовательно, их наличие требует специализированного подхода при лечении и профилактике заболеваний.

На сегодняшний день принято классифицировать заболевания молочных желез по международной классификации BI-RADS.

Система интерпретации и протоколирования визуализации молочной железы по международной классификации BI-RADS

Количество Злокачественных признаков	Категория BI-RADS	Расшифровка категории	Рекомендуемая тактика дальнейшего ведения пациентки
0	1	Отсутствие узловых образований	Дальнейшее дообследование, не требуется, последующее обследование проводится в соответствии возрасту
	2	Однозначно доброкачественное образование	
1-2	3	Скорее всего доброкачественное образование	Короткий период наблюдения (до 6 месяцев)
3-4	4	Подозрение на злокачественный процесс	Назначение МРТ-диагностики, и биопсии
5 и более	5	Злокачественный процесс	
-	0	Необходимо дообследование	Эта категория используется при скрининге

По свидетельству международных данных, очевидно, что рак молочной железы в семейном анамнезе по женской линии родства является группой высокого риска, а женщины с такой генетической предрасположенностью подлежат профилактическим обследованиям с 25-летнего возраста. Вместе с тем, следует подчеркнуть, что наличие РМЖ в семейном анамнезе не

обозначает обязательное развитие рака у всех родственниц, но является серьезным поводом для проведения систематического динамического наблюдения.

Список литературы

1. Бурдина Л.М., Маковкин Д.В. «Методы и средства рентгенодиагностики заболеваний молочной железы» М.: Фирма СТРОМ, 2021.-184с.
2. Тюляндин С. А., Артамонова Е. В., Жигулев А. Н., Жукова Л. Г., Королева И. А., Паро-конная А. А. и соавт. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака молочной железы. Практические рекомендации RUSSCO, часть 1 Злокачественные опухоли, 2023 (том 13), стр. 157–200.
3. Новикова, Е. И., Кудинова, Е. А., Боженко, В. К., Солодкий, В. А. Характеристика BRCA-ассоциированного рака молочной железы в российской популяции // Вестник РГМУ. 2021. №1. С. 26–32. DOI: 10.24075/vrgmu.2021.006