

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА: ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

**И.Г. Греков**, канд. мед. наук

Курский базовый медицинский колледж;

Российская Федерация, 305000, Курск, ул. Горького, 15

**E-mail:** grekov560656@mail.ru

**Представлены взгляды автора на основные положения практической подготовки медсестры в клинике. Даны рекомендации по методике обучения специалистов сестринского дела непосредственно в условиях лечебного процесса.**

*Ключевые слова:* сестринское дело, методика обучения, лечебный процесс.

Для цитирования: Греков И.Г. Клиническая подготовка специалистов сестринского дела: организационно-педагогические аспекты. Медицинская сестра. 2019; 21 (4): 34–36. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-04-09>

В настоящее время практическому обучению будущих медицинских работников среднего звена придается первостепенное значение. Здорово-охранение заинтересовано в специалистах, получивших фундаментальную подготовку по клиническим дисциплинам в колледже. Их можно включать в лечебный процесс практически сразу после окончания учебного заведения.

Для этого необходима прежде всего качественная клиническая подготовка, под которой мы подразумеваем умение выполнять профессиональные обязанности в реальном лечебном процессе. На наш взгляд, качество практической подготовки будущего специалиста определяют 3 составляющих: квалификация преподавателя; коечная мощность клинической базы; мотивация студента к обучению. Преподаватель клинических дисциплин, являясь ключевой фигурой в указанной триаде, должен хорошо знать свой предмет, иметь опыт лечебной работы, уметь доходчиво и ясно излагать свои мысли и знать, что он должен получить в конце обучения. Отсутствие или недостаточное соответствие должному уровню любой из указанных составляющих делают невозможным достижение высокого качества практической подготовки студента.

Выполнять роль обучающего в реальном лечебном процессе особенно сложно преподавателю, не имеющему опыта лечебной работы. Даже при наличии прекрасной теоретической базы и хорошем объяснении материала отсутствие собственного опыта лечения не позволяют ему полностью реализо-

вать все задачи практической подготовки, так как он недостаточно четко представляет себе главное: что медсестра должна выполнять в конце обучения. Преподаватель с точки зрения профессионализма должен быть эталоном для студента, выполняя любую сестринскую манипуляцию, а это вырабатывается только лечебной практикой. Демонстрация такого умения в клинических условиях делает престиж преподавателя в глазах студента очень высоким.

Не менее важным, чем квалификация преподавателя, является наличие у колледжа соответствующей лечебной базы. Если учебный процесс ведется в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) с большим коечным фондом, даже при отсутствии доклинической подготовки уровень выучки медсестры будет очень высоким. Высокая оснащенность учебного заведения кабинетами доклинической подготовки при отсутствии хорошей лечебной базы не гарантирует полной реализации задач обучения.

В настоящее время подготовка медицинских работников как в университетах, так и в колледжах все больше приобретает фантомно-симуляционную направленность, тем более что современная техника позволяет имитировать практически все специальные технологии лечебного процесса. Однако, относясь положительно к такому обучению, мы считаем предпочтительной подготовку студентов в реальном лечебном процессе. Ссылки на то, что пациенты отказываются от их осмотра студентами и выполнения ими процедур, на наш взгляд, не всегда состоятельны. За многолетнюю работу в колледже автору крайне редко приходилось сталкиваться с подобными случаями. Как правило, пациенты всегда позволяют студентам работать с собой при условии, что это происходит под контролем и при участии преподавателя. Мы считаем, что практическое занятие по клинической дисциплине без демонстрации пациента и отработки сестринских профессиональных технологий непосредственно в лечебном процессе не может считаться практической клинической подготовкой, а является повторением теоретических знаний с элементами доклинических мануальных навыков. В то же время современные программы предусматривают выделение

значительного учебного времени на самостоятельную работу студента в отделении, что, на наш взгляд, в ряде случаев не вполне оправдано. Если это допустимо при обучении в отделениях реабилитации, профилактики и пр., то в отделениях лечебного профиля студенты должны проходить обучение только с преподавателем. Следует стремиться максимально эффективно использовать лечебную базу для клинической подготовки. Необходимо, чтобы с первого дня практических занятий определенная часть учебного процесса проходила в лечебном отделении.

Отдельно стоит остановиться на взаимоотношениях преподавателя с сотрудниками ЛПУ. Все возможности обучения в конкретном отделении могут быть реализованы только в том случае, если преподаватель будет в нем «своим». Приведу пример. Хирург, оперировавший больного, не допустит, чтобы перевязки, инфузии, работу с дренажами и пр. этому больному выполнял со студентами малознакомый ему преподаватель, тем более если о его квалификации он не имеет представления. Это касается и процедурных, перевязочных и палатных медсестер. Они могут допускать студентов к работе только с разрешения старшей медсестры, которая должна быть уверена в квалификации преподавателя.

Еще сложнее обучать сестринским технологиям, применяемым в операционном деле. Эту функцию может выполнять только преподаватель, имеющий собственный опыт оперативной деятельности в качестве врача-хирурга или операционной медсестры. Следует отметить, что положительного отношения к себе сотрудников отделения преподаватель можно добиться достаточно легко, если будет проявлять заинтересованность к работе, демонстрировать высокий профессионализм, а в ряде случаев – консультировать сестринский персонал отделения по актуальным вопросам сестринского дела.

Отдельно стоит остановиться на участии студентов в учебном процессе, проходящем в лечебном отделении. Учащиеся приходят туда, хорошо изучив основы сестринского дела и будучи достаточно подготовленными в области манипуляционной техники. Однако в большинстве случаев, уверенно выполняя процедуры на имитаторах, студенты никогда не делали их пациентам. Несложно обучить учащегося выполнять инвазивную манипуляцию (например, внутривенную инъекцию) на имитаторе. И совсем иная ситуация складывается при работе в клинике с пациентом. В отличие от резинового имитатора предплечье больного имеет кожную температуру, тургор ткани, мышечный тонус. Кроме того, пациент реагирует на действия учащегося и наблюдая эту реакцию, учащийся может отказаться от самостоятельного выполнения процедуры. Поэтому, на наш взгляд, за время обучения

в колледже студент обязательно должен, причем многократно, выполнять все гемоконтактные манипуляции пациентам непосредственно в лечебном процессе. Встречаются учащиеся, которые в силу разных причин не выполняли эти процедуры. С такими студентами преподаватель должен заниматься в первую очередь. Прежде всего следует выяснить причину неумения выполнять эти манипуляции. Чаще всего студент просто боится подойти к больным, так как редко с ними работал. Когда учащийся выполняет осмотр пациента, инъекцию, инфузию, перевязку в присутствии преподавателя и с его помощью, страх исчезает, конечно, если преподаватель является для студента не грозным ментором, а коллегой, старшим товарищем, консультантом.

Достаточно важная составляющая практического обучения – высокая мотивация учащихся к достижению ощутимых результатов. Чтобы она появилась, надо разъяснить студентам значимость выполняемых ими процедур. Бывает, что, выполняя их пациенту, учащийся действует чисто механически, считая себя при этом достаточно подготовленным: ведь он делает инъекции, перевязки в реальном лечебном процессе. Когда же преподаватель предлагает студенту рассказать суть манипуляций, как правило, выясняется, что будущий специалист слабо ориентируется в вопросах анатомии, возможных осложнениях и пр. Преподаватель должен объяснить учащемуся, чем отличается внутримышечная инъекция, выполненная медсестрой, от «укола», который делает человек без медицинского образования. То есть необходимо подчеркнуть, что выполнение медсестрой инвазивных манипуляций требует знания анатомо-топографических особенностей пациента, его физиологии и патофизиологии, а также клинико-технических характеристик применяемого медицинского оборудования. Незнание всего этого влечет за собой возможность тяжелых осложнений, за которые предполагается юридическая ответственность. Понимание важности своих действий для пациента повышает престиж будущей профессии в глазах студента.

Таким образом, главное в обучении медсестры – подготовка в условиях реального лечебного процесса, заменить которую не может доклиническая практика. Преподавателю необходимы опыт лечебной работы и владение всеми мануальными сестринскими навыками на профессиональном уровне. Высокий уровень клинической подготовки медсестры возможен только в условиях многопрофильных ЛПУ с большим коечным фондом. Клиническая подготовка поднимает престиж профессии в глазах студентов и придает сестринской деятельности высокий социальный статус.

CLINICAL TRAINING OF NURSING SPECIALISTS:  
ORGANIZATIONAL AND PEDAGOGICAL ASPECTS

I.G. Grekov, Cand. Med. Sci.

Kursk Base Medical College

**The paper presents the author's views on the main provisions of the practical training of a nurse in an inpatient setting. Recommendations are given**

**for the methods of teaching nursing specialists in the treatment process per se.**

*Key words:* nursing, teaching methods, treatment process.

**For reference:** Grekov I.G. Clinical training of nursing specialists: organizational and pedagogical aspects. *Meditsinskaya Sestra*. 2019; 21 (4): 34–36.

<https://doi.org/10.29296/25879979-2019-04-09>