

Развитие интеграции в высшем образовании

*Джайнакбаев Н.Т., Шокарева Г.В., Третьякова С.Н., Манишарипова А.Т.,
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», г. Алматы*

Известно, что на протяжении становления университетов как особых институтов общества в разные исторические периоды трансформировалось представление об идее университета и его миссии. «Миссия современного университета – это ответ на необходимость выживать в условиях быстрых перемен, все возрастающей прагматики, распространения на все сферы жизни человека правил рынка, стремительной социальной дифференциации и фрагментации общества. Исходя из этого университет призван расширять свое коммуникативное пространство, развивать методологию междисциплинарных исследований и формировать у агентов образовательного поля социальные установки, обеспечивающие готовность к новаторству». Предполагается, что миссия каждого университета специфицируется через постановку собственной сверхзадачи [1].

Анализ международного опыта показывает, что развитие образовательных систем в условиях социально-экономических преобразований в настоящее время определяется двумя ведущими тенденциями: гуманизацией и технологизацией образовательной деятельности, выход на новый научно-технологический уровень, освоение новых технологий и мирового опыта [2].

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» в настоящее время представляет организацию медицинского образования с частной формой собственности, обладающей необходимой материально-технической и научно-образовательной базой, высококвалифицированными педагогическими и научными кадрами. Университет выступил инициатором многих нововведений в системе науки и образования. Этому предшествовала кропотливая работа по формированию Концепции и собственной Стратегии развития университета, своего видения единого научного, образовательного и практического пространства для совершенствования непрерывного образования и рационального использования медицинских кадров [3].

В настоящее время, обозначив приоритетные задачи, перспективы и пути достижения, осуществляется поэтапная реализация Стратегического плана Университета на 2016-2020 годы, основанная на фундаментальных принципах Президентской Стратегии «Казахстан - 2030».

Важной составляющей университетской Стратегии является интеграция в мировое образовательное пространство, интеграция научных исследований, образования и практики, интеграция обучения и воспитания.

Как свидетельствует мировой опыт, международное сотрудничество с ведущими университетами и научными центрами, введение в учебный процесс международных программ, обмены студентами, преподавателями и научными сотрудниками, эффективное использование научных и образовательных фондов и грантов, – это единственно верный путь освоения международных стандартов образования, повышения мобильности и качества обучения, достижения эквивалентности дипломов об образовании.

Профессиональную структуру здравоохранения определяют две главные категории медицинских кадров – врачи и специалисты сестринского дела: количественное соотношение между ними 1:2,3. Их подготовка осуществляется

высшими учебными заведениями, а также государственными и негосударственными медицинскими колледжами. Число специалистов сестринского дела в расчете на одного врача варьирует в различных странах от 0,6 (Италия), 1,8 (Япония), 2,0 (Великобритания), 2,1 (Болгария), 2,3 (Россия) до 2,8 (США), 3,4 (Швеция), 4,3 (Финляндия) и 4,7 (Канада).

Необходимые кадровые пропорции в значительной мере зависят от организации и финансирования здравоохранения и специфики задач, поставленных перед медицинскими работниками. Оценка исходов заболеваний и степень удовлетворенности потребителей медицинских услуг свидетельствуют о том, что экономия на кадровых ресурсах не определяет качество медицинских услуг. Услуги здравоохранения и минимально необходимый уровень больничного обслуживания требуют обеспеченности как минимум 10 врачей на 10 тыс. населения и от 2 до 4 специалистов сестринского дела на одного врача. Избыток врачей по сравнению со специалистами сестринского дела и врачей узких профилей по сравнению с врачами общей практики создает немало проблем. Прежде всего, такая политика способствует удорожанию медицинской помощи как таковой. Многие годы требуются для того, чтобы привести в необходимое соотношение существующий дисбаланс.

Некоторые страны во избежание избытка врачей ограничивают иммиграцию медицинского персонала, сокращают длительность рабочего дня, снижают прием в медицинские учебные заведения и финансирование образования. В целом, объективные условия функционирования здравоохранения в Казахстане обуславливают необходимость содержания фактически соответствующему образовательному стандарту персонала медицинского учреждения за рубежом, включающего в себя, в первую очередь, средства и инструменты решения экономических, финансовых и управленческих проблем на уровне учреждения [4].

Стратегической целью интеграции образования и науки в медицине является формирование мобильного потенциала, обеспечивающего конкурентоспособность специалистов на мировом рынке, создание наиболее благоприятных условий для воспитания творческой инициативной личности, имеющей фундаментальную научную подготовку, обладающей способностью самостоятельно формировать и практически решать профессиональные и социальные проблемы в условиях обновляющейся политической и социально-экономической системы.

Основной задачей интеграции является создание необходимых условий для сохранения и развития наиболее перспективной части науки и улучшения системы подготовки кадров, соответствующей современным мировым стандартам в здравоохранении.

Наука в вузах является движущей силой реформы образования, обеспечивающая его саморазвитие и качественный рост, т.е. фундаментализацию образования. Университетская наука, наряду с решением фундаментальных и поисковых проблем должна быть ориентирована на обновление и обогащение образовательного процесса.

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» является учебно-научным центром, где создается оптимальная сеть учебных и научных подразделений,

обеспечивающая эффективный механизм интеграции учебного процесса и научных исследований по принципу «сообщающихся сосудов». Поэтому сотрудники университета традиционно поддерживают и развивают творческие и деловые связи со многими вузами и образовательными организациями республики, держат курс на проведение совместных научно-практических конференций, учебно-научных школ.

Так, в университете создан департамент международного сотрудничества и академической мобильности, деятельность которого направлена на проведение совместных интегрированных образовательных и научных программ с партнерами – организациями практического здравоохранения, ведущими зарубежными вузами. Профессорско-преподавательским составом и слушателями резидентуры выполняются научно-технические проекты по выездной и мобильной медицине.

На базе мощной компьютерной сети в перспективе будет создаваться уникальная информационная система управления всей деятельностью Университета: учебной, научной, административной. Это позволит не только совершенствовать менеджмент университета, но и все шире внедрять в научно-образовательный процесс новые информационные технологии, Интернет, электронные материалы, дистанционное обучение, научные порталы и многое другое [5].

Научные структуры, например, департамент научной работы университета становится мощной базой для исследовательской работы студентов и резидентов, экспериментального апробирования основополагающих принципов университетского образования и совершенствования учебного процесса в целом. В департаменте научной работы осуществляются программы, предусматривающие применение статистического метода в изучении здоровья населения, знание которого необходимо в практической работе каждого врача. Студенты, резиденты получают практические навыки всех этапов исследования. Сформирована образовательная траектория студентов через службу эдвайзеров, постоянно осуществляется информирование студентов о выборе индивидуальной образовательной траектории

Таким образом, вся исследовательская работа непосредственно связана с учебным процессом и направлена на его оптимизацию. По ее результатам создаются новые спецкурсы и семинары. В университете формируется надежный механизм регулярной и современной корректировки учебных планов и программ в связи с последними достижениями науки и требованиями практического здравоохранения. Мы считаем, что процесс интеграции должен проводиться планомерно и поэтапно. Для реализации достижений медицинской науки университет имеет клинические базы, как университетские, так и в организациях практического здравоохранения: Образовательно-клинический центр, Республиканский учебно-научно-клинический центр «Стоматология и челюстно-лицевая хирургия», Центральная клиническая больница г. Алматы,

Больница скорой медицинской помощи, стационар Научно-исследовательского кожно-венерологического института, районная больница п. Ескельді.

На первом этапе определены вузы и НИИ, совместная деятельность которых наиболее целесообразно приво-дит к взаимобмену как в плане проведения НИР, так и подготовке специалистов высшей квалификации; создание нормативно-правовой базы взаимодействия НИИ и вузов на базе Закона об образовании и Закона о науке; разработка механизмов бюджетного финансирования совместной деятельности научных организаций и вузов через Министерства образования и науки, а также за счет средств других заинтересованных министерств и ведомств. На втором этапе созданы кафедры и филиалы при НИИ и исследовательские лаборатории НИИ при университетах; совместные учебно-научные и научно-учебные центры; международные совместные исследовательские лаборатории, финансируемые по программам международных фондов и за счет средств зарубежных и отечественных инвесторов; совместные издательские базы для публикации результатов научных исследований, учебников, учебных пособий.

На третьем этапе созданы крупные национальные и региональные университетские центры – исследовательские университеты; единая учебно-научная сеть, объединяющая исследовательские университеты, академические институты и национальные научные центры.

Процесс интеграции науки и образования осуществляется путем взаимного сближения университетов и НИИ, Национальных научных центров и других научных организаций. Единство науки и высшего образования образно охарактеризовал лауреат Нобелевской премии Луи де Бройль: «Исследование и образование почти неотделимы друг от друга... Исследование питает преподавание. А преподавание необходимо для того, чтобы факел науки переходил от предыдущего поколения к последующему».

Список литературы

1. *Строгеецкая Е.В. Идея и миссия современного университета // Вопросы образования. – 2009. - №4. – С. 67-81.*
2. *Наука будущего: материалы международного научно-образовательного конгресса / под ред. Б.Т. Жумагулова. – Алматы: казак университеті, 2010. – 365 с.*
3. *Джайнакбаев Н.Т., Маншарипова А.Т., Шокарева Г.В., Джуматаева З.А., Асимова Т.А., Вдовцев А.В. Научная стратегия для инновационного развития и оказания первичной медико-социальной помощи населению / Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. – 2015. - №3-4 (9-10). – С. 3-5.*
4. *Абылкасымов Е., Турлыбеков Ж.Т., Третьякова С.Н., Каусова Г.К. Состояние и перспективы развития медицинских кадров в Казахстане // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – 2001. - №21. – С. 3-8.*
5. *Сборник «Актуальные вопросы активного долголетия»: материалы Междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 80-лет. КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова – Алматы, 9 декабря 2010 года. – 263 с.*

УДК 614.2:615.47.03

Возможности технического оснащения медицинских учреждений города Алматы

Джайнакбаев Н.Т., Третьякова С.Н., Манишарипова А.Т.

КРМУ, г. Алматы

Приведены данные сравнительного социологического анализа, учитывающие результаты анкетирования руководителей и специалистов медицинских организаций первичного и стационарного звена в Алматы, предложены организационные, технические и технологические меры по развитию ресурсного обеспечения медицинских организаций города.

Ключевые слова: анкетирование, социологический анализ, ресурсное оснащение

«Концепцией перехода Республики Казахстан к устойчивому развитию на 2007 – 2024 годы» предусмотрено, что «для обеспечения устойчивого развития казахстанского общества необходимо совершенствование системы здравоохранения, в том числе выбор оптимальной экономической модели развития здравоохранения; создание центров высоких медицинских технологий с привлечением ведущих мировых специалистов». Особую актуальность данное направление приобрело в рамках общенациональной идеи вхождения Казахстана в число наиболее конкурентоспособных стран мира. Важно отметить, что широкий диапазон медицинских задач (диагностика, лечение, профилактика, реабилитация, обеспечение качества и безопасности лечебно-диагностического процесса) требует наличия разнообразной медицинской техники в медицинских организациях, применения современных достижений в области медицинских технологий, методов диагностики и лечения заболеваний. Достаточное техническое оснащение и рациональное использование медицинского оборудования как важнейшего ресурса здравоохранения наряду с финансовыми средствами и кадрами становится актуальной проблемой и объектом изучения в условиях ограниченного финансирования.

Для выявления уровня оснащенности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) города Алматы и его соответствия потребностям медицинских организаций был проведен социологический опрос руководителей и ведущих специалистов медицинских организаций города.

Предварительно были разработаны социологические анкеты по изучению мнения главных врачей и заведующих отделениями разных ЛПУ, которые включили ряд вопросов, логически сгруппированных по 5 блокам:

I – структура использования медицинского оборудования по результатам внедрения протоколов диагностики и лечения в ЛПУ, полнота и характеристика лечебно-диагностических воздействий;

II – соответствие уровня фактического технического оборудования минимальным нормативам оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения;

III – проведение метрологического контроля медицинской техники;

IV – вопросы, касающиеся выполнения гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи (ГОМБП);

V – наличие или отсутствие ремонтно-сервисного обслуживания.

Социологический опрос проводили методом случайной выборки, для чего были отобраны медицинские учреждения Алматы (11 поликлиник, 7 больниц и городская станция скорой медицинской помощи), представляющие амбулаторно-поликлиническую, стационарную и скорую медицинскую помощь.

Определение необходимого числа наблюдений среди медицинских работников указанных ЛПУ (респондентов) было основано на использовании доверительной вероятности 95 % (0,95), что удовлетворяет достоверность результатов в большинстве социально-гигиенических исследований [1, 2]. Согласно теории вероятности допускается, что структура и дифференциация взглядов и мнений, высказанных респондентами, входящими в состав репрезентативной выборки (300 человек), соответствует структуре и дифференциации этих категорий в генеральной статистической совокупности (3039 медицинских специалистов) в 95 случаях из 100 с предельной ошибкой $\pm 5\%$.

Формула определения необходимого числа наблюдений (репрезентативной выборки) была получена на основе формулы ошибки путем алгебраических преобразований:

$$\frac{t \cdot \sqrt{p \cdot q}}{n} \leq \Delta$$

где n – объем выборки; t – критерий достоверности; p – доля респондентов (25%), обладающих определенным качественным признаком, фиксирующим положительный ответ на вопрос анкеты «да» или «нет»; q – 100% - 25% = 75%; Δ – величина предельной фактической ошибки выборки или доверительный интервал, т.е. величина расхождения между средним значением признака генеральной и выборочной совокупности.

Анкетированием было охвачено 37 руководителей поликлиник и 33 руководителя больничных организаций, а так же 231 заведующий структурными подразделениями указанных медицинских учреждений, включая 119 респондентов из поликлиник и 112 респондентов из стационаров 19 ЛПУ города Алматы. Величина статистической репрезентативности была определена в накоплении социологических материалов в объеме 301 анкеты, что составило 10% от 3039 опрошенных респондентов.

В результате исследования, на наш взгляд, были получены достаточно объективные данные, характеризующие удовлетворенность потребности ЛПУ в техническом оснащении. Среди респондентов специалисты со стажем работы до 5 лет составили – 25,2%, от 5 до 10 лет – 18,9%, от 10 до 20 лет – 27,2%, от 20 до 30 лет – 16,6%, при этом каждый восьмой анкетированный врач проработал

30 лет и более. Установлено, что состав руководителей учреждений был представлен примерно одинаковым удельным весом лиц с длительностью стажа работы организаторами здравоохранения от 5 лет и до 20 лет: до 5 лет – 24,3% респондентов, от 5 до 10 лет – 12,9%, от 10 до 20 лет – 22,8%, от 20 до 30 лет и более – 20%. По длительности работы в своем подразделении респонденты распределились следующим образом: 25,5% - до 5 лет, 20,8% - от 5 до 10 лет, 28,6% - от 10 до 20 лет, 15,6% - от 20 до 30 лет, 9,5% - 30 лет и более.

Результаты ответов на первый вопрос: удовлетворительны ли вы фактическим медицинским оснащением медицинской организации в настоящее время, свидетельствовали об отрицательном отношении к реальному техническому оснащению своих ЛПУ (подразделений) большинства руководителей (62,8%) и специалистов (58,4%). Не придерживались этого мнения 32,9 % руководителей и 38,1% специалистов. По мнению 3,6% респондентов, состояние технического обеспечения ЛПУ оставляет желать лучшего. Эта группа респондентов высказала пожелание, чтобы медицинская аппаратура соответствовала мировому уровню, по возможности была бы переносной, работала как от сети, так и автономно (от аккумулятора), была бы легкой, представляла собой последние достижения в области современных медицинских технологий, прогрессивных методов диагностики и лечения заболеваний. Причиной неудовлетворенности респондентов фактическим техническим оснащением своих медицинских организаций являлся недостаточный уровень организации и финансирования поставок медицинского оборудования.

В процентном отношении факторами неудовлетворенности респондентов соответственно являлись не соответствие технического оснащения мировому уровню по техническим характеристикам и конкурентной способности – 58,4%; отсутствие современных медицинских технологий, компьютеризации – 20%; недостаточное финансирование – 8,4%; недостаточное обеспечение отечественной медицинской техникой – 4,2%; несовершенство закупок по тендеру, несвоевременное обеспечение медицинским оборудованием – 3,2%; недостаточное обеспечение квалифицированными кадрами – 1,6%; отсутствие необходимых препаратов в списке жизненно важных лекарственных средств и несоответствие технического оснащения стандартам диагностики и лечения – 1,6%; большая нагрузка на рентгенодиагностическое и флюорографическое оборудование – 1%.

Мнение, что Минздрав Республики Казахстан (РК) обеспечивает нормальное техническое оснащение медицинских организаций (на 100%) в соответствии с приказами, делает все возможное для поддержания используемого медицинского оборудования в работоспособном состоянии, высказали только 24,3% респондентов. На то, что технические потребности ЛПУ удовлетворены только на 50%, указали 64,8% опрошенных, а мнение не выразили 6%. По мнению 8,6% опрошенных доля физически изношенной и морально устаревшей медицинской техники составляла 50%, 16,6% респондентов указали на износ более 50% оборудования, 13,6% из них ответили, что в их ЛПУ износ оборудования был менее 50%, не ответили на данный вопрос 61,1% респондентов. Возможные меры по совершенствованию технического обеспечения, по мнению респондентов, представлены в таблице.

Следует подчеркнуть, что техническое оснащение ЛПУ адекватно объему, требуемому протоколами диагностики и лечения, отметили 36,9% респондентов, 61,8% респондентов ответили отрицательно, затруднились с ответом 1,3% опрошенных. Тем не менее в амбулаторно-поликлинических учреждениях 41% респондентов считали, что техническое состояние диагностического и лечебного

Таблица - Распределение мер, предложенных респондентами для улучшения технического обеспечения ЛПУ города Алматы (в %)

Меры по улучшению технического обеспечения	Руководители	Специалисты
Укрепление материально-технической базы современной медицинской аппаратурой высокого качества и надежности	42,9	26,4
Достойное финансирование	30,0	13,9
Целевое централизованное программное обеспечение, самостоятельная закупка медицинского оборудования за счет медицинских услуг организации при активном участии компаний	2,8	0,9
Повышение квалификации кадров	1,4	4,8
Наличие современных медицинских технологий и компьютеризация	8,6	5,6
Отмена тендера и экономическая свобода	4,3	0,9
Обеспечение соответственно потребностям	-	13,0
Затруднились ответить	10,0	34,6

оборудования соответствует объему, указанному в протоколах диагностики и лечения, в то время как в стационарах положительно ответил 32,4% опрошенных. При этом отсутствие условий для достижения достаточного объема и качества оказываемых медицинских услуг населению, представленных в протоколах диагностики и лечения, отметили 64,3% руководителей и 61% специалистов. В результате, по мнению ряда специалистов, сложившаяся ситуация с оснащением медицинских организаций Алматы была обусловлена недостаточным финансированием, по мнению других – причины заложены в самой системе взаимодействия здравоохранения и медицинской промышленности РК и несовершенством действующей нормативно-правовой базы. Так, до настоящего времени разработаны только минимальные стандарты (нормативы) оснащения медицинской техникой ЛПУ, которые не применяются и не обновляются.

Представляет интерес мнение респондентов о проведении метрологического контроля медицинской техники в ЛПУ (в соответствии с Законом РК «Об обеспечении единства измерений» №53-II от 07.06.2000 с изменениями, внесенными Законом РК от 09.06.04 № 558-II). При этом 78,4% (85,7% руководителей и 76,2% специалистов) ответивших положительно отметили, что имел место метрологический контроль медицинской техники; 16,3% опрошенных (7,1% руководителей и 19% специалистов) ответили отрицательно; 4% привели разные ответы (периодически, изредка, частично, как и везде), 1,3% затруднились ответить.

О выполнении программы государственных гарантий оказания гражданам РК бесплатной медицинской помощи в ЛПУ за счет государственных источников финансирования в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и безотказной работы диагностической и лечебной аппаратуры положительно высказались 66,7% респондентов, отрицательно – 32,9% опрошенных и затруднились с ответом 0,4% респондентов. Позитивная оценка оказалась ниже в стационарах (59,8%) по сравнению с амбулаторно-поликлиническими учреждениями, где 73,1% руководителей и специалистов отметили выполнение ГОБМП в здравоохранении РК.

Одним из важнейших аспектов является установление в ЛПУ причин отказов пациентам в диагностике и лечении в рамках ГОБМП, чем чрезмерная загруженность лечебно-диагностической аппаратуры (25,8%), нерабочее состояние (поломка) медицинской техники (24,2%) или отсутствие специалистов (0,8%). При ответе на вопрос, какова доля отказов пациентам в диагностике и лечении в рамках

ГОБМП, исходя из уровня технической оснащенности в медицинской организации, ответы респондентам распределены следующим образом: 33,8% респондентов – до 30%, 5,2% - от 30 до 50% и столько же респондентов – от 50 до 60%, более половины опрошиваемых (55,8%) не подсчитывали и не ответили.

Большинство (70,4%) респондентов дали положительную оценку существующему порядку выполнения заявок на ремонт медицинской техники в их медицинской организации и только 24,3% опрошенных были недовольны сложившейся в настоящее время ситуацией, 4,6% респондентов не располагали данными, 0,7% отметили, что они удовлетворены не всегда и иногда. Изучение причин несвоевременного удовлетворения заявок на ремонт медицинской техники показало несовершенство существующего в настоящее время сервисного обслуживания медицинской техники (в основном качество кадров и координация работы): отсутствие квалифицированных кадров (инженеров) – 26,6%; нерешенность вопросов управления, взаимодействия ремонтных служб и медицинских организаций – 36%; отсутствие запасных частей – 10,7%; плохая информированность о зарубежных технологиях – 8%; затруднились ответить 8%.

Представляет интерес мнение опрошенных руководителей и специалистов об обеспеченности техническим обслуживанием медицинской техники в медицинской организации (подразделении). О наличии в ЛПУ ответственного лица по ремонту техники положительно высказались 85,4% респондентов, 10% дали отрицательный ответ, затруднились ответить 4,6%. 90,3% респондентов ЛПУ осведомлены о наличии договоренности (84,7%) или ее отсутствии (5,6%) с поставщиками медицинской техники на период гарантийного срока обслуживания. В то же время лучшая осведомленность руководителей (98,6%) о договоренности с поставщиками медицинской техники на период гарантийного срока обслуживания в медицинских организациях объяснима их большей причастностью к заключению договоров, разработке документации, необходимостью знания действующего законодательства (отличий разных организационно-правовых форм) по сравнению со специалистами (87,9%). Техническое обслуживание медицинской техники после окончания гарантийного срока обслуживания по ответам респондентов представлено несколькими сервисными объединениями, действующими на рынке медицинской техники РК (ТОО «Медсервис», «Медикуссервис», «Восток», АО «Медтехника», «Медремзавод») – 43%. По мнению 8% руководителей и специалистов этим вопросом занимаются инженеры лечебно-профилактических организаций. А для 49% респондентов оказалось сложным дать ответ.

Замена отечественной медицинской аппаратуры на импортную приводит к трудностям ее технического обслуживания, зависимости учреждений здравоохранения от закупок импортных расходных материалов и запасных частей, к постоянным, не всегда оправданным затратам на сервисное обслуживание. Все это в конечном итоге отражается на уровне диагностики и лечения заболеваний. При оценке состояния и уровня технического обеспечения медицинских организаций любого уровня и типа установлена необходимость внедрения научно обоснованной системы управления многоаспектной проблемой ресурсного обеспечения ЛПУ. Анкетирование руководителей здравоохранения позволило сделать ряд выводов: приобретает прежде всего оборудование крайне необходимое, без которого может остановиться

лечебный процесс; основными причинами покупок являются не внедрение новых технологий и не развитие учреждения, а замена вышедшего из строя, постоянно ломающегося, морально устаревшего или отсутствующего оборудования. В структуре наиболее значимых факторов в обеспечении высокого качества медицинской деятельности следует выделить недостаточность базовых ресурсов, относящихся к сфере традиционно используемого и высокотехнологичного производства, наладки и ремонта медицинского инструментария, аппаратуры и оборудования.

Таким образом, результаты социологического опроса свидетельствуют о необходимости качественного изменения положения в техническом оснащении ЛПУ РК и внедрении международных стандартов оснащения их высокотехнологичным медицинским оборудованием.

Результаты наблюдения позволяют научно обосновать разработку рекомендаций по совершенствованию организации и качества существующих материальных и кадровых ресурсов в здравоохранении РК с учетом опыта и совершенствования координации деятельности всех участников рынка в техническом оснащении ЛПУ современным оборудованием и материалами. Фактические попытки реформирования системы здравоохранения РК только посредством выбора приоритетов финансирования или структурных изменений без улучшения качества управления клинической практикой неэффективны.

Литература

- 1 Лисицын Ю.П. *Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник.* – М., 2002.
- 2 *Руководство по научно-методологическому обеспечению медико-социологических исследований.* – Алматы, 2003.

Possibilities of the technical equipment of medical institutions Almaty city

Dzhaynakbaev N.T., Tretyakova S.N., Mansharipova A.

Resume: The comparative sociological survey data considering the results of questionnaire poll of administrators and professional experts of medical institutions of primary and secondary medical care system of the City of Almaty is presented. The organizational, technical and technological measures to develop the resources supply of the medical institutions of the city are proposed.

Keywords: survey, sociological analysis, resource equipment.

Алматы қаласының Медициналық мекемелерін ықтимал техникалық жабдықтандыру

Джайнакбаев Н.Т., С.Н. Третьякова, Маншарипова

А.Т. Мемлекеттік емес білім беру мекемесі Қазақстан-Ресей Медициналық Университеті

Түйін: Келтірілген деректер салыстырмалы социологиялық талдау ескеретін сауалнама нәтижелері Алматының бастапқы және стационарлық буын басшыларының, мамандарының және медициналық ұйымдарының ұйымдастырушылық, техникалық және технологиялық шараларды дамыту бойынша медициналық ұйымдарын ресурстық қамтамасыз ету, ұсынылды.

Түйінді сөздер: сауалнама, социологиялық талдау, ресурс жабдықтар.

Научные основы биоуправления инфекциями при оказании первичной медико-санитарной помощи

*Джайнакбаев Н.Т., Манишарипова А.Т., Шокарева Г.В., Дерябин П.Н., Ким З.Г., Садырова Ж.А., Тольбекова А.А., Джуматаева З.А., Белова Е.С., Вдовцев А.
КРМУ, г. Алматы*

Казахский научный центр карантинных и зоонозных инфекций им. М. Айкимбаева

В КРМУ осуществлен международный научный проект на тему «Обучение правилами биобезопасности и биозащиты специалистов передвижных медицинских комплексов, работающих на территориях природных очагов особо опасных и карантинных инфекций». Партнерами являлись European Commission / Directorate – General Development and Cooperation – Europe Aid (DEVCO), Бельгия.

Известно, что Казахстан занимает 9-ое место в мире по обширности территории 2 724,9 тыс. км² и имеет очень низкую плотность населения около 6 человек на квадратный километр. Учитывая обширность территории и низкую плотность населения, Министерство здравоохранения РК использует ПМК (передвижные медицинские комплексы), для оказания квалифицированной медицинской помощи населению отдаленных районов. ПМК оборудованы основным диагностическим оборудованием и укомплектованы штатом врачей (врач общей практики, хирург, акушер-гинеколог, офтальмолог, оториноларинголог, стоматолог). Также в состав специалистов ПМК входят специалисты инструментальной диагностики (врачи лучевой и клинической-лабораторной диагностики) и средний медицинский персонал. Территория Республики Казахстан включает в себя активные природные очаги чумы и других опасных инфекционных болезней. В 2010 году зарегистрированы случаи заражения Конго-Крымской геморрагической лихорадкой и гибели медицинских сотрудников, что свидетельствует об отсутствии настороженности среди медицинских работников по особо опасным инфекциям. Это свидетельствует о низком уровне знаний и плохом инфекционном контроле и профилактики навыков у медицинских работников при работе с особо опасными инфекциями. Специалистам ПМК приходится работать на территориях, являющихся очагами особо опасных и карантинных инфекций и для предотвращения заражения людей этими патогенами необходимо разработать и внедрить правила биобезопасности и биозащиты персонала передвижных медицинских комплексов.

Данный проект выполнял цель по развитию и распространению новых научных знаний по биобезопасности и биозащиты и снижения угроз в отношении биологической опасности от особо опасных и карантинных инфекций для мобильной медицины.

Задачами проекта было: изучить риски биологической опасности персонала работающего на ПМК в очагах ООиКИ, разработать учебные программы по подготовке специалистов ПМК с учебным материалом и провести обучение специалистов ПМК по биозащите и биобезопасности ПМК.

Для выполнения задач определена рабочая программа с темами лекций, было проведено обучение персонала, определено количество часов лекций и семинаров,

практических занятий. Впервые для ПМК разработана программа обучения в области биобезопасности и биозащиты для студентов и сотрудников ПМК, работающих в природных очагах особо опасных и карантинных инфекций. Учебная программа была основана на международных и национальных стандартов биозащиты и санитарным правилам РК QOEDI (чумы, туляремии, холеры, сибирской язвы, ККГЛ, ГЛПС, клещевой энцефалит). Программа работы была утверждена на Ученом совете КРМУ (протокол № 6 от 26 марта 2013). Программа включала в себя следующие теоретические и практические вопросы:

- Классификация инфекционных микроорганизмов в соответствии с их биологической опасности. Механизмы передачи. Патогенные биологические агенты, основным фактором биологических угроз.

- Эпизоотология, эпидемиология, патогенез, клинические проявления, профилактика высокого риска бактериальных и вирусных инфекций (чумы, туляремии, холеры, сибирской язвы, ККГЛ, ГЛПС, клещевой энцефалит).

- Биологическая безопасность. Введение, определение. Биологические угрозы и био-безопасности. Международные организации в области биобезопасности. Государство биобезопасности и биозащиты в Казахстане.

- Биологическая безопасность и инфекционный контроль. Уровни биобезопасности и оценки рисков. Система управления рисками. Общие понятия оценки риска. Управление рисками в работе.

- Обучение в области биобезопасности и биозащиты экспертов ПМК, работающие в районах природных очагов особо опасных и карантинных инфекций.

- Организация санитарно - противоэпидемических мероприятий в ПМК в чрезвычайных ситуациях.

- Защита для медицинского персонала ПМК и общественности в чрезвычайных ситуациях.

- Средства индивидуальной защиты в ПМК во время чрезвычайных ситуаций.

- Основы дезинфекционных мероприятий.

Дезактивация. Растения, конкретные процедуры в областях инфекционных заболеваний.

- Лабораторная диагностика. Конкретные методы отбора проб крови. Безопасный handling of образцов в laboratory.

Были разработаны тесты для биобезопасности и биозащиты по всем предметам учебного плана, включая следующие ключевые вопросы:

- Классификация инфекционных микроорганизмов по группам риска.

- Эпидемиология и клиническая ядро QOEDI.

- Уровни биобезопасности и оценки рисков.

- Схема Уведомление в соответствии QOEDI.

- Использование средств индивидуальной защиты при работе в ПМК.

- Правила забора крови для блока управления памятью.

- Безопасное обращение с образцами в ПМК.

- Правила биобезопасности и биозащиты на диагностическую QOEDI при работе в ПМК.
 - Правила по утилизации медицинских отходов при работе в ПМК.
 - Дезинфекции и обеззараживания правила, касающиеся работы в ПМК.
 - Защита населения и медицинского персонала аварийных ситуаций ПМКsin.
- ПМК различных специальностей из 14 регионов Казахстана новым научным знаниям по биозащите и биобезопасности от карантинных инфекций. Кроме того, получена обратная связь по полученным знаниям специалистов при выезде в 14 организации здравоохранения ПМСП. Обучение новым научным знаниям врачей различных специальностей произвело мультипликативный эффект и была проведена диссеминация полученных новых научных знаний об особо опасных инфекциях. Нами в 2015-2016 году была протестирована рабочая программа и утверждена в качестве стандарта для обучения специалистов ПМК при работе в природных очагах особо опасных инфекций.

Полученные результаты

В результате проекта нами обучено 142 специалистов

Разработка научной программы online психологической помощи для населения Республики Казахстан, имеющих детей-инвалидов

Джайнакбаев Н.Т., Олжабаева Ш.С., Болатбаев Т.Т., Асимова Т.А., Манишарипова А.Т., Якубова С.Ю.,
Ким З.Г., Уалиева И.М., Фатеева А., Мухамадиева М., Кузьмина З., Мамыраинов А., Сташин Д.,
Алмагбетова А., Сагадиев А., Розыбакиева З., Ганукаев Р., Ережепов Ж., Ли С. КРМУ

МЗиСРПК, управление развития специальных социальных услуг, департамент социальных услуг
ГЦВП

Аннотация

Ребенок, имеющий инвалидность в семье – чрезвычайная ситуация для всего общества. Проблема в основном заключается в негативных установках родителей и ближайших родственников детей-инвалидов. Это происходит от возникающего чувства вины у заботящихся о таких детях родственников и опекунов. Став затяжным, это чувство может выражаться в особой озабоченности судьбой своего ребенка, чрезмерной опеке или чрезмерном потакании его капризам. Другим выражением этой проблемы является депрессия, которая сопровождает периоды ухудшения состояния больных детей.

Нормализация семейной обстановки, благодаря развитию медико-психологического консультирования поможет не только родителям, но и самим детям обеспечить как социальную адаптацию, так и психологическую адаптацию, и понимание своего состояния.

Ключевые слова: онлайн-консультирование, психологическая помощь, дети-инвалиды, социальная адаптация, реабилитация, первичная медико-санитарная помощь.

Введение

Рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья психологический стресс для родителей, оказывающее сильное деформирующее воздействие на психику. Как правило, у них формируются личностные нарушения, проявляющиеся в разных эмоциональных состояниях. Нередко такая семья испытывает отрицательное отношение со стороны окружающих, особенно соседей, которых раздражают некомфортные условия существования рядом (нарушение спокойствия, тишины, особенно если ребенок-инвалид с задержкой умственного развития или его поведение негативно влияет на здоровье детского окружения)[1]. Окружающие часто уклоняются от общения, и дети с ограниченными возможностями практически не имеют возможности полноценных социальных контактов, достаточного круга общения, особенно со здоровыми сверстниками. Имеющаяся социальная депривация может привести к личностным расстройствам (например, эмоционально-волевой сферы и т.д.), к задержке интеллекта, особенно если ребенок слабо адаптирован к жизненным трудностям, имеет недостатки

развития, в том числе нарушения коммуникационных возможностей, что формирует неадекватное представление об окружающем мире.

К сожалению, в настоящее время, отсутствует целостный методологический подход к определению содержания, механизмов, форм и методов психологической помощи таким семьям, что определяет актуальность проблемы

Целью

научно-исследовательской работы (далее-НИР) была выработка научно-обоснованных предложений для обеспечения благоприятного морально-психологического климата в семьях, имеющих детей-инвалидов и как следствие более эффективная социальная адаптация, повышении способностей таких детей к самообслуживанию, ориентации, обучению, общению.

Материалы и методы

В 2015 году был заключен меморандум между МЗиСР РК, ГЦВП и КРМУ на создание он-лайн психологического центра для детей-инвалидов. С 2015 года на базе КРМУ создан он-лайн научно-консультативный колл-центр по оказанию психологической помощи населению РК, имеющих детей-инвалидов. Проект выполняется после заключения локальной этической комиссии и в течение 2015-2016 года оказывается высокоспециализированная психологическая помощь населению РК и является частью государственных услуг для населения РК с помощью звонка на номер 1411 по всей территории РК. Помощь оказывается безвозмездно в качестве благотворительной миссии НУО КРМУ и ГЧП между МЗиСР РК и ГЦВР РК.

Основными объектами исследования были семьи, воспитывающие детей инвалидов

При проведении психологического консультирования выявлялись особенности медико-социальной характеристики населения, прикрепленного к организациям первичной медико-санитарной помощи (далле-ПМСП), определялись основные потребности в психологической, медико-социальной, педагогической и юридической помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов. В процессе проведения НИР были использованы количественные и качественные методы исследования, метод сбора данных, различные инструменты сбора данных. Количественное исследование - проведение опроса семей с целью изучения

потребности в психологической, медико-социальной, педагогической и юридической помощи. Качественные исследования применялись для того, чтобы выявить основные патологические состояния у детей, которые привели к ограничению их здоровья.

Для организации функционирования удаленного психологического консультирования был создан специализированный телемедицинский центр с использованием новейших смарт-технологий. Онлайн консультирование проводилось в форме видеоконференций.

Результаты и их обсуждение

На сегодняшний день в Казахстанско-Российском медицинском университете (далее-КРМУ) успешно проводится психологическое консультирование семей, имеющих детей инвалидов. Поскольку, необходимо отметить, что при рассмотрении проблем семей, имеющих детей с инвалидностью у исследователей вызывает интерес степень выраженности и длительности эмоционального стресса. Многие зарубежные авторы обращают внимание на смягчение эмоциональных расстройств в среднем лишь спустя 10 лет после рождения умственно отсталого ребенка. Отмечается также тенденция к социальной изолированности и отчужденности таких семей [2].

Проведенная каждодневная, совместная работа специалистов, профессоров, докторов медицинских наук КРМУ в настоящее время уже позволяет разработать алгоритм медико-психологической помощи таким семьям впоследствии поможет улучшить психическое здоровье, окажет благотворное влияние на формирование личности детей с инвалидностью. Ведь развитие ребенка-инвалида не может рассматриваться как фатально обусловленный процесс. Формирование личности детей с ограниченными физическими и умственными возможностями открыто влиянию всех благотворных перемен как в объективных, так и в субъективных условиях этого процесса [3].

Обслуживание заявок

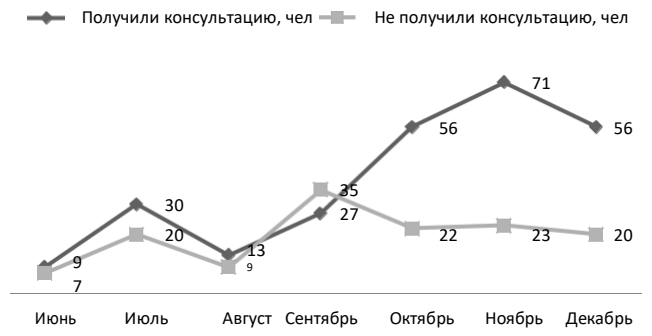


Рисунок 1 – Обслуживание заявок

За истекший период работы Call-центра всего поступили 450 заявок, из них были обслужены 388 заявки, а остальные не обслужены из – за отсутствия связи в отдаленных районах или/и проблем с интернетом и 2 – прочее (рис. 1).

Тематика обращений разделилась следующим образом: а) психологическая – 33; б) медицинского плана – 38; в) образовательная – 17; г) прочее - 4.

Количество вопросов, поступивших из различных областей Республики распределилось следующим образом: (см. таблицу 2).

Как видно из представленных выше данных семьям, имеющим детей инвалидов помимо оказания психологической поддержки и консультирования необходима еще и врачебная помощь, которая касается коррекции лечения, правильности назначенной терапии, лечения сопутствующих заболеваний. Также обратившихся за он-лайн психологической помощью интересуют такие вопросы как- обучение детей с специализированных учреждениях, переход на домашнее обучение, возможность обучения детей, имеющих ограниченные возможности в общеобразовательных школах.

Таблица 1. Тематика обращений граждан по месяцам, в %

Тематика	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Всего
Психологические	41,7	25,6	26,3	56,3	42,4	28,6	27,3	34,1
Медицинские	16,7	30,2	31,6	21,9	27,1	28,6	38,2	29,3
Социальные	8,3	7,0	5,3	6,3	1,7	7,1	5,5	5,5
Педагогические	8,3	25,6	21,1	6,3	15,3	14,3	5,5	13,8
Юридические	8,3	9,3	10,5	9,4	10,2	21,4	23,6	15,2

Таблица 2. Количество вопросов, поступивших из различных областей Республики за четыре месяца 2015 года

Наименование	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	Всего за VI-X
Всего: общее кол-во заявок, поступивших в университет	16	50	22	62	78	228
Кол-во поступивших на линию звонков.	9	31	13	35	59	147
Кол-во человек., не получивших консуль-тационные услуги	7	19	9	27	19	81
Алматинская область		32	17	16	31	96
Атырауская область				43	42	85
Кызыл –Ординская область	1				0	1
Астана		3	1		1	5
ЮКО		3		2	1	6
ВКО	14	10	4			28
Павлодарская область	1					1
Карагандинская область		1			1	2
Костанайская область		1				1
ЗКО				1	1	2

Заключение

Образование Центра по онлайн консультированию в КРМУ является инновационным проектом в Казахстане. К слову сказать, такой Центр уже получил широкий отклик у населения страны. Ведь многие родители в такой сложной жизненной ситуации, оказываются неспособными справиться самостоятельно с навалившимися на них грузом проблем. Большинству таких семей требуется помимо психологической, еще и врачебная, образовательная и юридическая помощь. В рамках создания Центра по психологическому онлайн консультированию семей, имеющих детей инвалидов планирует внедрить еще и консультации квалифицированных специалистов в других областях медицины, помимо врачей-психиатров.

Функционирование такого научного проекта необходимо для того, чтобы, объединяя усилия большинства специалистов предложить научно-обоснованные предложения для качественного медицинского обслуживания семей, имеющих детей-инвалидов и усовершенствовать высококвалифицированную психологическую помощь лицам, ухаживающим за детьми-инвалидами на уровне первичных организаций здравоохранения.

Список использованных источников

1. Психолого-педагогическая диагностика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И.Ю.Левченко, С.Д.Забрамная, Т.А.Добровольская и др.; Под ред. И.Ю.Левченко, С.Д.Забрамной. — М.: Издательский центр «Академия», 2003, С. 11-13.
2. Chisholm B. Socialmedicine. Sci Am 1949; 180: 11-5doi:10.1038/scientificamerican0449-11 pmid: 18117141.
3. Home care in Europe. Solid facts/ Tarricone R., Tsouros A.D. / WHO Regional Office for Europe. Copenhagen/European Observatory on Health Systems and Policies. - 2008. -25с.

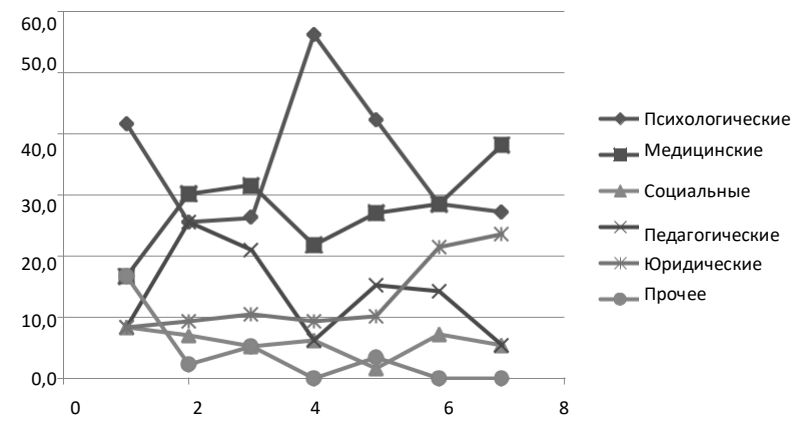


Рисунок 2 – Тематика обращений за весь период

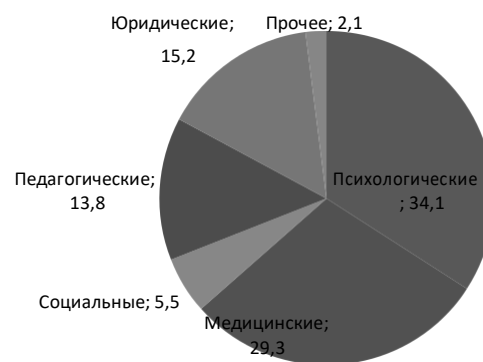


Рисунок 3 – Обращения граждан по тематике в %

