

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 1/1 2011



Участникам Специализированных секций при поддержке РАМС предстоит проявить инициативу в оказании консультативной помощи и решении узкопрофессиональных вопросов



стр. 12

**Международный день
медицинской сестры**



стр. 19

**Ради
жизни на земле**



стр. 26

**Неонатология:
делимся опытом**

Термоиндикатор для контроля «холодовой цепи»

ТЕРМОТЕСТ

Используется с целью выявления, предупреждения, корректировки и устранения недостатков и нарушений в работе «холодовой цепи».

Вкладывается при транспортировке МИБП в каждый термоконтейнер, при хранении МИБП в каждый холодильник, позволяет осуществлять анализ аварийных ситуаций. Имеет собственный персонифицированный номер. Сопровождается контрольной карточкой индикатора (ККИ).

Полностью удовлетворяет требованиям нормативных документов Роспотребнадзора, в том числе Методическим указаниям МУ 3.3.2.2437-09.

Изделие медицинского назначения.
Регистрационное удостоверение
№ ФС 01012006/3878-06



Разработан совместно с Центральным НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. В проведении пилотных испытаний принимали участие: ФГУП «НПО «Микроген», ФГУП «Предприятие по производству бактериальных и вирусных препаратов Института полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова», Национальный орган контроля ГИСК им. Л.А. Тарасевича, ряд территориальных управлений Роспотребнадзора. Предназначен для контроля температурно-временного режима при транспортировании и хранении МИБП (в т. ч. вакцин) в условиях «холодовой цепи».

ООО «Чистый инструмент»
(495) 937-49-52, 995-58-93
www.chistin.ru
e-mail: vbi@bk.ru



■ Ассоциации удалось наладить конструктивное взаимодействие с органами власти, в первую очередь с Министерством здравоохранения и социального развития РФ, эксперты которого готовы оказать содействие в согласовании профессиональных стандартов.

Уважаемые коллеги!

Перед Вами первый в этом году выпуск нашего журнала, ставший результатом кропотливой работы коллектива Ассоциации, лидеров общественного движения наших регионов и Издательства «Медпресса». Совершенствование нашего периодического издания является одним из важнейших направлений реализации новой стратегии РАМС «Будущее профессии создадим вместе: доступность, открытость, информированность». Мы надеемся, что с его помощью и при Вашем активном участии мы сможем донести до всего сообщества профессионалов и руководителей здравоохранения то, как работает наша организация, каких успехов добивается, какие трудности преодолевает. Мы надеемся, что с его помощью мы сможем показать, насколько современна, интересна и многогранна профессия медицинской сестры, как увлекательны те направления, в которых специалист может профессионально расти независимо от приказов, разрешений, административных барьеров.

По традиции, первый выпуск «Вестника» содержит материалы, связанные с важными для нашей профессии датами. Вы узнаете о том, что по призыву Международной конфедерации акушеров тысячи специалистов по всему миру пройдут в этом году маршем в защиту безопасного материнства и детства, по призыву Международного совета медсестер миллионы медицинских сестер предпримут шаги по сокращению дефицита медицинской по-

мощи, повышению ее доступности и справедливости.

Те, кому небезразличны вопросы развития общественного движения медицинских сестер, познакомятся с детальным отчетом о состоявшемся в конце февраля заседании Координационного совета РАМС. За несколько прошедших после Отчетно-выборной конференции месяцев Ассоциации удалось выполнить немалую часть задач, провозглашенных в ее резолюции. Обращения нашей организации в руководящие инстанции по вопросам оплаты труда, аттестации специалистов федеральных клиник, внедрения накопительной системы повышения квалификации, снижения нагрузок, сохранения и совершенствования высшего сестринского образования, законодательства и защиты профессионального статуса специалистов сестринского дела уже начали приносить важные результаты. Ассоциации удалось наладить конструктивное взаимодействие с органами власти, в первую очередь с Министерством здравоохранения и социального развития РФ, эксперты которого готовы оказать содействие в согласовании профессиональных стандартов.

Даже в самых сложных обстоятельствах, а учитывая перманентно кризисные явления в экономике, которые неминуемо отражаются на благосостоянии работников бюджетной сферы, на экономическом положении медицинских сестер, мы стараемся быть оптимистами, учиться новому, открывать новые таланты и рассказывать о настоящих героях нашего времени.

Поэтому в новом «Вестнике» мы открываем рубрику с одноименным названием – «Герои нашего времени», где речь пойдет о медсестрах, неординарные действия которых в экстремальных обстоятельствах помогли спасти жизнь пациентов. В этом же выпуске мы поздравляем победителей Международного конкурса медицинских сестер фтизиатрической службы, делимся опытом организации работы сестер специализированной хирургической службы, детально рассматриваем задачи сестринского персонала в неонатологии. В целом, большая часть публикаций «Вестника» будет отныне носить сугубо прикладной характер. Взяв установку на формирование в рамках Ассоциации специализированных секций – медсестер неонатальной, хирургической, педиатрической, фтизиатрической служб, медсестер реанимации и анестезиологии, других категорий специалистов, мы с помощью лидеров таких секций сможем рассказать о наилучших образцах сестринской практики и организации работы сестринской службы. Надеемся, что с каждым новым выпуском журнала постоянная аудитория его друзей будет расти!

В заключение от имени Ассоциации позвольте поздравить Вас с профессиональными праздниками – Международным днем акушерки, Днем медицинской сестры, пожелать Вам счастья, крепкого здоровья, благополучия, профессионального признания, душевной гармонии, оптимизма и неугасающего интереса к познанию и освоению всего нового в выбранной Вами профессии!

**С уважением,
В.А. Саркисова, президент РАМС**



На обложке: члены Ленинградской областной ассоциации медицинских сестер работают над созданием Секций

СОДЕРЖАНИЕ

НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ

Лидеры общественного движения обсудили первые итоги выполнения стратегии РАМС	Стр. 3
Формирование специализированных секций: задачи и перспективы	Стр. 7

ОПЕРАЦИОННОЕ ДЕЛО

Операционные сестры на страже безопасности пациента	Стр. 9
Малоинвазивные операции в амбулаторных условиях	Стр. 10

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Международный день медицинской сестры: Медицинские сестры восполняют дефицит помощи – повышают ее доступность и справедливость	Стр. 12
Подводим итоги конкурса профессиональных достижений в области ТБ	Стр. 16
Ради жизни на земле. Новые направления международного сотрудничества РАМС	Стр. 19
Международный день акушерки	Стр. 33

СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Научные исследования в сестринском деле: Постановка вопроса исследования	Стр. 20
--	---------

ДОБРЫЕ ДЕЛА АССОЦИАЦИЙ

Профессия на всю жизнь: Кемеровская ассоциация возрождает традиции наставничества	Стр. 22
Чужих детей не бывает: итоги акции	Стр. 25
11 февраля – Всемирный день больного	Стр. 32

ГЕРОИ НАШЕГО ВРЕМЕНИ

Профессионализм и отвага в работе фельдшерской службы	Стр. 24
---	---------

НЕОНАТОЛОГИЯ

Успехи сестринской службы в неонатологии: опыт организации помощи недоношенным детям	Стр. 26
--	---------

ВОПРОСЫ ЭТИКИ

Ложь во спасение: Разрешение конфликта интересов пациента и его близких – одна из наиболее сложных этических дилемм	Стр. 35
Пациенты отмечают значительный рост объема помощи и внимания со стороны медицинских сестер	Стр. 37

ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Оформляем льготную пенсию	Стр. 39
---------------------------	---------

СОТРУДНИЧЕСТВО С АВТОРАМИ

Уважаемые читатели! Редакция журнала «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» видит свою задачу в распространении инновационного опыта организации работы сестринских служб, обмене мнениями и развитии профессиональной дискуссии, освещении деятельности региональных общественных организаций и профессиональных достижений медицинских сестер. Наш журнал посвящен самым важным, актуальным, острым и значимым вопросам сестринского дела. Мы будем рады принять для публикации Ваши статьи и материалы по темам научных исследований в сестринском деле, этических вопросов сестринской практики, а также по методическим рекомендациям и образцовому опыту, достижениям и проблемам на рабочих местах. Материалы принимаются в электронном виде, с обязательным указанием Ф.И.О. автора, должности, учреждения, контактных данных на титульной странице, фотографией автора и дополнительными иллюстрациями в виде отдельных файлов в формате JPEG.

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ:

Ассоциация медицинских сестер России
ООО «Милосердие»
Издательство «Медпресса»

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор – Валентина Саркисова
Ответственный редактор – Наталья Серебренникова
Отдел рекламы – Ольга Комиссарова
Отдел маркетинга – Юлия Мелехина
Фотокорреспондент – Мария Большакова
Дизайн – Люба Грабарь
Верстка – Игорь Быков, Ольга Гаврилова
Корректор – Марина Водолазова

Адрес редакции:

191002, Санкт-Петербург, Загородный пр. 14, Литер А, пом. 15Н.
Тел./Факс: (812) 575-80-51, 315-00-26
Email: rna@medsestre.ru

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

- САРКИСОВА В.А.** – президент Ассоциации медицинских сестер России, Председатель Совета
- АНОПКО В.П.** – президент Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников»
- ВИШНЯКОВА В.А.** – президент Забайкальской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация медицинских специалистов»
- ГОЛОЛОВА Л.Д.** – президент «Новосибирской профессиональной ассоциации специалистов сестринского дела»
- ДРУЖИНИНА Т.В.** – президент Кемеровской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация медицинских сестер Кузбасса»
- ЗЛОБИНА Г.М.** – д.м.н., старший преподаватель кафедры общественного здоровья и управления здравоохранением ГОУ ВПО ИжГМА
- ЗОРИНА Т.А.** – президент Омской региональной общественной организации «Омская профессиональная сестринская ассоциация»
- КОСАРЕВА Н.Н.** – президент Самарской региональной общественной организации медицинских сестер
- ЛАПИК С.В.** – д.м.н., профессор, декан ФВСО ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава
- РЯБЧИКОВА Т.В.** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой сестринского дела Ивановской государственной медицинской академии, декан МВСО
- СЛЕПУШЕНКО И.О.** – советник Департамента мониторинга и оценки эффективности деятельности органов государственной власти субъектов РФ Минрегиона России
- ЩЕРБИНIN А.М.** – директор ГОУ СПО «Пермский базовый медицинский колледж»

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 24.03.2011. Отпечатано в типографии типографии ООО «Береста». 196084, Россия, Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, 28. Заказ №555. Тираж 12000. Цена договорная.

Обсудили первые итоги выполнения стратегии РАМС

ЛИДЕРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ
ОБСУДИЛИ ПЕРВЫЕ ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ РАМС

Всего через пять месяцев после Отчетно-выборной конференции Ассоциации медицинских сестер России, утвердившей новую стратегию развития организации, в Санкт-Петербурге состоялось расширенное заседание Координационного совета. Его участниками стали 69 делегатов от 43 сестринских ассоциаций, в том числе и от наиболее удаленных регионов – Бурятии, Якутии, Забайкальского края. И это не случайно. Стартовавшая в ходе Отчетно-выборной конференции работа заметно всколыхнула общественных лидеров, подняла градус дискуссии о перспективах развития общественного движения.

Работа заседания началась с отчета президента РАМС Валентины Антоновны Саркисовой о выполненных шагах, первых успехах и неудачах. Надо сказать, что количество обращений Ассоциации, направленных в адрес Министерства здравоохранения и социального развития РФ за эти пять месяцев, побilo все рекорды. Разумеется, одним из ключевых вопросов стала оплата труда сестринского персонала, включая несправедливое, на взгляд Ассоциации, равенство в заработной плате медсестер ОРИТ и палатных медсестер относительно «спокойных» отделений ЛПУ, и отмеченная во многих регионах острая нехватка рентгенолаборантов, вызванная также «выравниванием» размера заработной платы. Как выяснилось, найти медицинских сестер, уловивших преимущества новой системы оплаты труда, оказалось практически невозможно. «Перекосы» бюджетной политики, последствия экономического кризиса ощутили сотни тысяч медицинских сестер. Ответ Минздравсоцразвития последовал незамедлительно. Такого быть не должно.

«При введении новых систем оплаты труда необходимо соблюдение основного условия – заработная плата работников (без учета премий и иных стимулирующих выплат) не может быть меньше заработной платы (без учета премий и иных стимулирующих выплат), выплачиваемой до введения новых систем оплаты труда», – утверждают в министерстве. К сожалению, в реальности в наших регионах мы наблюдаем обратное. Что это значит для медицинских сестер? Это значит, что в ближайшее время придется затянуть



пояса, найти третью, четвертую, пятую подработку. Что это значит для Ассоциации? Это значит, что нужно безотлагательно действовать, стучаться во все двери, заявлять о праве специалистов на достойную жизнь. Как справедливо отметила в своем выступлении Валентина Антоновна, с подписанием Соглашения о сотрудничестве с ЦК Профсоюза медицинских работников на предстоящий период Ассоциация с удвоенной энергией вернется к вопросу оплаты труда сестринского персонала.

Следующей и не менее приоритетной задачей для Ассоциации стала защита высшего сестринского образования. Начиная с 2010 года над будущим ВСО, над будущим сотен выпускников и

сегодняшних студентов нависла «тревожная неопределенность». Несмотря на массу обращений в адрес МЗСР, Ассоциации так и не удалось получить четкого ответа. Поэтому в течение последнего месяца прошедшего года РАМС организовала еще одну общественную кампанию в поддержку ВСО. На этот раз к борьбе активно подключились лидеры целого ряда региональных ассоциаций. В министерстве уверены – ВСО никому не нужно, выпускники не востребованы, их потенциал не раскрыт, замечен отток специалистов с ВСО в частный сектор, фармацевтические компании, медицинские фирмы. Государственные расходы на высшее сестринское образование не целесообразны. Отметим, что за позицией Минздравсоцразвития стоит серьезный аргумент – в адрес ведомства поступили десятки обращений выпускниц ВСО, которые в дополнение к диплому ожидали приглашение на руководящую должность.

Позиция Ассоциации в этом вопросе неизменна. При прочих равных условиях у выпускников ВСО должны быть преимущества при трудоустройстве на должности старших и главных медсестер, но задача университетской подготовки сестринских кадров состоит не только в формировании квалифицированных управленцев. Нам нужны сестры-преподаватели, сестры – специалисты в области клинических дисциплин – те, кто будет вести исследования, развивая науку и практику сестринского дела.

Отстаивая позиции ВСО, а также новую модель высшего образования, которую ранее, в 2010 году, РАМС внесла на рассмотрение в Минздравсоцразвития, осенью прошедшего года Ассоциация сделала очередную попытку донести до руководителей здравоохранения



ранения простую истину – сестры с ВСО сегодня не востребованы там, где не востребованы инновации, развитие, совершенствование медицинской помощи. Там же, где открываются современные клиники и медицинские центры, где главные врачи понимают, что важно не только выполнить операцию, но и обеспечить безопасность пациента, организовать уход на высоком современном уровне, – без грамотных и талантливых специалистов сестринского дела не обойтись. Эти данные особо не афишируются в средствах массовой информации – все мы видим, как один за другим в регионах открываются центры высокотехнологичной медицинской помощи, но далеко не все знают, что кадровая политика таких центров – прямое доказательство востребованности квалифицированных кадров. Руководителями сестринских служб в клиниках нового времени преимущественно становятся медицинские сестры с университетским образованием.

На данный момент ясности в судьбе ВСО так и не появилось. Приказ Министерства образования и науки № 57 от 17 января 2011 года говорит нам о том, что образовательный стандарт по специальности «сестринское дело» с присвоением квалификации «бакалавр» утвержден. Тем не менее в Справке «О планировании объемов подготовки специалистов и научных работников (контрольные цифры приема граждан)» указан нулевой бюджет для финансирования обучения по программам подготовки бакалавриата в области здравоохранения, следовательно, набора на бюджетные места в 2011 году не предвидится. Битва не выиграна, но и не проиграна, без-

условно одно – Ассоциация не оставит вопрос высшего образования без должного внимания до тех пор, пока он не будет решен в соответствии с интересами сестринского сообщества, российского здравоохранения и наших пациентов.

Вряд ли можно поспорить с утверждением, что качественная подготовка кадров и качественная помощь – звенья одной цепи. Поэтому инициативы общественной сестринской организации в сфере обучения и подготовки специалистов достаточно широки. Одной из таких инициатив, толчком к развитию которой стал некогда реализованный российско-канадский проект, является внедрение накопительной системы повышения квалификации. В Забайкальском крае, Кемеровской области эта инициатива уже реализована, однако для более широкого ее применения необходимы решения на федеральном уровне. С тем, чтобы добиться таких решений, осенью 2010 года Ассоциацией медицинских сестер России, ее профессиональным комитетом, была разработана проектная документация – Положение о накопительной системе повышения квалификации, рекомендуемый перечень альтернативных форм обучения и баллов, присваиваемых медсестрам за участие в обучении по новой форме. Разработанные документы были направлены в адрес Министерства здравоохранения и социального развития вместе с предложением о выполнении пилотного проекта по тестированию документации, тестированию потенциала новой системы силами региональных ассоциаций – коллективных членов РАМС. Как отметила президент Ассоциации, офици-

ального ответа на данное обращение из Минздравсоцразвития не последовало, однако в целом оно получило положительную оценку. Сегодня мы являемся свидетелями, участниками, а порой и заложниками комплексной реформы системы образования. Опережая события и утверждение федерального законодательства об образовании в Российской Федерации, Ассоциация стремится в максимально сжатые сроки отвоевать у времени все то, чего российские медсестры были лишены по сравнению со своими западными коллегами. Итак, пока бурная дискуссия о будущем российского образования не завершена, вопрос остается открытым, однако мы уверены, что накопительной системе повышения квалификации быть. Пока основные требования к данной форме обучения не закреплены законодательно, Ассоциация медицинских сестер России рекомендует региональным организациям в рамках своих полномочий, в сотрудничестве с учреждениями образования и территориальными органами управления здравоохранением приступить к работе по накопительной системе.

Отчетно-выборная конференция Ассоциации акцентировала внимание лидеров общественного движения на защите статуса и повышения имиджа профессии медицинской сестры. Это понятие емкое, скорее даже не понятие, а процесс. Защита профессионального статуса – это длительная и кропотливая работа не просто Ассоциации, а всего корпуса медицинских сестер, по достижению общественного признания вклада сестринского персонала в обеспечение здоровья граждан. Составляющими этого процесса является множество фундаментальных элементов – развитие се-



сестринской науки, укрепление этических основ практики, достойная оплата труда, изменение восприятия профессии пациентами, руководителями, врачами, а также стандартизация работы сестринского персонала.

Как отметила в своем отчете В.А. Саркисова, Ассоциацией разработаны проекты профессиональных стандартов по специальности «сестринское дело». Процесс рецензирования, внутренней и внешней экспертизы документов чрезвычайно затянулся. В связи с этим РАМС предприняла действия по согласованию стандартов уже не в Национальном агентстве развития квалификаций, а в Министерстве здравоохранения и социального развития РФ. Надо сказать, что эксперты Минздравсоцразвития активно взялись за работу, мы уверены, что с их помощью работа по согласованию и утверждению стандартов будет более продуктивна.

Вслед за отчетом президента участниками Совета были заслушаны отчеты членов Правления РАМС – руководителей комитетов. **Валентина Петровна Аношко** – председатель Комитета по международному сотрудничеству и связям с общественностью, осветила как традиционные, так и новые направления взаимодействия РАМС с международными организациями. В 2011 году Ассоциация продолжит работу с Международным советом медсестер по проекту «Лидерство в переговорах», в новой форме будет проходить уже знакомый многим членам РАМС проект, направленный на укрепление сестринских кадров в борьбе с туберкулезом. Ассоциация войдет в число членов Международного сообщества инфузионных медсестер, будет вести работу по адаптации стандар-

тов инфузионной терапии; одним из новых направлений работы станет сотрудничество с Европейской ассоциацией операционных сестер.

Тамара Васильевна Дружинина, председатель Профессионального комитета РАМС, рассказала о работе по формированию специализированных секций Ассоциации. Решение о поддержке создания таких секций было утверждено Отчетно-выборной конференцией Ассоциации. За прошедшие несколько месяцев Комитетом было разработано Положение о секции, стартовала работа по определению ключевых руководителей, инициативных лидеров секций неонатальных, операционных, педиатрических медсестер, медсестер реанимации и анестезиологии.

Татьяна Валентиновна Кудрина в качестве председателя Этического комитета РАМС рассказала о планах по проведению в этом году Всероссийской конференции по этическим вопросам в сестринской практике. С тем, чтобы привлечь внимание медицинских сестер, членов Ассоциации к этическим проблемам, Комитет предложил приурочить к этой конференции конкурс фотографий, отражающих важнейшие ценности профессии – сострадание, милосердие, доброту, заботу, самоотверженность в уходе за пациентом.

Людмила Дмитриевна Гололобова, председатель Информационно-



организации непрерывного общения и дискуссии на профессиональные темы и темы общественного развития. Сегодня техническое оснащение ЛПУ, и тем более Ассоциаций в регионах, пока не позволяет реализовать все задуманное, тем не менее, Комитет ведет последовательную работу по внедрению современных средств связи в общение лидеров Ассоциации. Другим направлением работы Комитета является информированность сестринского сообщества, практическая реализация девиза «Доступность, открытость, информированность». Поэтому сегодня Комитет принимает активное участие в подготовке и распространении нашего журнала, в разработке нового веб-сайта Ассоциации. Приятным подарком для лидеров многих региональных ассоциаций стало известие о том, что РАМС ведет разработку макета нового сайта не только для национальной, но и для региональных ассоциаций. Надеемся, что впоследствии это станет ценным подарком и для всех членов организации! Комитету предстоит дальнейшая работа по внедрению новых технологий и созданию возможностей интерактивного общения, виртуальных конференций и онлайн-трансляций мероприятий РАМС.

Большой интерес участников заседания вызвало выступление **Наили Нурулловны Ситяковой**, руководителя Кировской областной ассоциации медсестер, сравнительно молодой организации. В прошедшем году Кировская ассоциация реализовала массу социально значимых проектов, смогла заинтересовать своими идеями наиболее опытных лидеров Российской ассоциации.





Заключительная часть заседания Совета была посвящена вопросам коллективного членства региональных организаций в составе РАМС. Стабильность, предсказуемость развития, сама возможность функционирования общероссийской организации определяется тем, какое участие в ее работе принимают региональные организации, насколько честны и открыты они в рамках общероссийского движения. Освещая вопросы взаимодействия организаций на национальном уровне, **Ольга Петровна Комиссарова**, исполнительный директор РАМС, остановилась на нескольких принципиальных вопросах. Одним из таких является численность организации. Общая численность членов организации – а сегодня это порядка 180 тысяч человек, – весомый фактор для участия РАМС в работе с врачебными организациями на национальном уровне, в сотрудничестве с органами управления здравоохранением. Не прислушиваться к мнению многочисленного и сильного объединения уже не так просто. Но есть и другая сторона численности. Исходя из нее, РАМС оплачивает взносы в международные организации. Дискуссия состоялась по вопросу учета студентов, не оплачивающих членские взносы, в качестве полноценных членов РАМС. В дебатах приняли участие руководители Забайкальской, Кемеровской, Краснодарской, Ивановской ассоциаций. По итогам голосования было принято решение о том, что в общей численности РАМС студенты учитываются не будут, тем не менее, работа со студентами будет одним из приоритетов.

Наиболее эмоциональным стал вопрос об исключении из состава РАМС региональной общественной организации медицинских сестер Республики Карелия. В течение последних двух лет Ассоциация не перечисляла взносов в счет РАМС (По Уставу это 30% членских взносов региональной организации), не представила отчета о деятельности, была труднодоступна для получения достоверной информации о текущем состоянии дел, о деятельности в регионе. Надо сказать, что на предварившем Совет заседании Правления решение об исключении Карельской организации почти не вызвало сомнений. Однако эмоциональное выступление руководителя организации – Зверевой Марины Анатольевны – многих убедило в обратном. К сожалению, лишь некоторые общественные организации сегодня могут с уверенностью строить планы на будущее и работать на перспективу. В подавляющем большинстве регионов общественная работа ведется на волонтерских началах. Если у организации нет поддержки со стороны органов управления здравоохранением, тем более если нарастает конфронтация (в ряде регионов главные специалисты по сестринскому делу находятся в оппозиции общественному движению), если руководитель организации старшая, главная медсестра с массой должностных, семейных, финансовых проблем, выйти из замкнутого круга оказывается не так просто. Заслушав Марину Анатольевну, участники заседания решили дать Карельской организации еще один шанс – на сохранение статуса коллективного

члена РАМС, участие в общенациональных проектах и программах Ассоциации медицинских сестер России.

Надо сказать, что аналогичный вопрос встал и по поводу членства в РАМС Иркутской областной сестринской ассоциации. Но здесь сложилась совершенно иная ситуация. С обращением о выходе из состава РАМС «в связи с невозможностью оплатить взносы в счет национальной организации» в адрес РАМС обратилась президент Иркутской ассоциации Ольга Какаулина. Действительно, взносов из Иркутской области в Российскую ассоциацию не поступало уже полтора года. Такую ситуацию можно было бы понять, если бы в Правлении РАМС не имелось сведений о том, что финансовое положение организации в Иркутске достаточно стабильное. Эта организация одна из немногих пользуется поддержкой со стороны органов управления здравоохранением в своем регионе, имеет собственный офис, оргтехнику, инфраструктуру для успешной общественной работы и активного взаимодействия с членами Ассоциации. Поскольку ситуация неясна, Правлением РАМС было принято решение о проведении в Иркутске круглого стола с участием не только руководителя, но и членов Правления и Координационного совета Иркутской ассоциации.

Круглые столы и совещания по вопросам поддержки региональных ассоциаций будут проведены в Республике Карелия, Костромской области и еще ряде территорий.

В заключение отметим, состоявшиеся дебаты значительно повысили уровень удовлетворенности участников от состоявшейся встречи. «Именно так и должны проходить наши заседания – в открытой дискуссии, в споре – рождается истина. Все мы заинтересованы в укреплении Ассоциации, все мы заинтересованы в том, чтобы звучали разные мнения, разные голоса. «Открытость, доступность, информированность» – это наш девиз, это важный ориентир для взаимодействия руководителей Ассоциаций из разных регионов», – отметила Валентина Петровна Аношко, президент Астраханской ассоциации, после того, как Совет завершил свою работу.

ФОРМИРОВАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ СЕКЦИЙ

ВЫПОЛНЕНИЕ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ

В ходе Отчетно-выборной конференции была утверждена Стратегия развития Ассоциации медицинских сестер России, предполагающая среди прочих приоритетов развитие работы по специализированным направлениям. Способствовать этой работе призвано формирование специализированных секций медицинских сестер по основным специальностям. Ряд секций уже созданы, начинают свою работу, но большую часть еще только предстоит сформировать. 26 февраля Координационным советом утверждено Положение о специализированной секции, которое в полном объеме размещено на сайте Ассоциации. Здесь же мы хотим представить основные направления работы секций, задачи руководителей секций и надеемся, привлечь многих читателей журнала к активной работе в таких секциях.

Итак, что такое секция? Специализированная секция – это структурное подразделение РАМС, цель деятельности которого состоит в содействии развитию профессионализма сестринского персонала в рамках определенной специальности, повышению качества оказания сестринской помощи населению, продвижению новаторских идей, распространению передового опыта, повышению профессионального престижа и статуса сестринского персонала.

Среди основных задач секции:

- Участие в разработке и внедрении профессиональных стандартов;
- Определение наиболее актуальных проблем сестринского персонала по данной специальности, разработка перспективных предложений по их решению;



- Развитие современных технологий деятельности среднего медицинского персонала по конкретной специальности;
- Обобщение и распространение передового опыта профессиональной деятельности регионов по специальности;
- Координация направлений научных исследований специалистов со средним медицинским и высшим сестринским образованием;
- Улучшение условий труда и профессионального быта, укрепление профессиональной солидарности, социальной и профессиональной защищенности;
- Содействие повышению значимости профессиональных морально-этических норм.

От участников секции, от ее актива Ассоциация ждет конкретных практических действий, инициативы, которая получит со стороны РАМС организационную поддержку. Практическая деятельность секции может найти выражение в следующих направлениях работы:

- Участие в разработке индикаторов качества деятельности среднего медицинского

персонала: структурных, технологических, результативных;

- Внесение предложений по проведению научно-практических конференций и обучающих семинаров, участие в подготовке и организации таких мероприятий, в формировании программы и материалов;
- Внесение предложений и участие в организации профессиональных конкурсов;
- Участие в развитии международного сотрудничества сестринского персонала по специальности, распространение международного опыта;
- Освещение деятельности секции с опорой на информационные ресурсы РАМС, региональных ассоциаций, иные профессиональные периодические издания;
- Создание платформы для непрерывного общения специалистов, предоставление консультаций и методической помощи от лица РАМС с помощью веб-сайта организации.

Активная группа секции должна быть мобильной, доступной, мыслящей. В руководящий актив секции по каждой специальности могут войти до 5 человек, представляющих разные ре-

гионы. Участникам секции предстоит быть всегда на связи, обсуждать проблемы своей специальности и представлять в адрес Общероссийской организации детально проработанные предложения; консультировать членов РАМС по данной специальности; входить в состав конкурсных комиссий при проведении общероссийских конкурсов по данной специальности; развивать международное сотрудничество, представлять российских медсестер за рубежом и делиться полученным опытом с коллегами в России.

В связи с формированием секций Профессиональный комитет РАМС осуществляет сбор кандидатур в секции по всем сестринским специальностям. После рассмотрения всех поступивших кандидатур Комитет примет согласованное решение о составе Руководящего комитета секций, председателя секции. Всем специалистам, заинтересованным в этой работе, до 1 сентября 2011 года необходимо направить свое резюме в адрес Профессионального комитета РАМС с указанием, в деятельности какой секции предполагается участие.

Для участия в работе секций просим направлять резюме Т.В. ДРУЖИНИНОЙ – председателю Профессионального комитета РАМС по адресу: tvd@kuzdrav.ru

Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности



Всемирная
организация здравоохранения

Безопасность пациентов
Вспомогательный анализ за более безопасную медицинскую помощь

До начала анестезии

(в присутствии, как минимум, медсестры и анестезиолога)

Подтвердил ли пациент свое имя, место операции, процедуру и согласие?

☐ Да

Маркировано ли место операции?

☐ Да

☐ Не применимо

Проведена ли проверка оборудования и лекарственных средств для анестезии?

☐ Да

Пульсоксиметр зафиксирован на пациенте и функционирует?

☐ Да

Имеется ли у пациента:

Известная аллергия?

☐ Нет

☐ Да

Проблемы дыхательных путей или риск аспирации?

☐ Нет

☐ Да, и имеется оборудование/необходимая помощь

Риск кровопотери >500мл (7мл/кг у детей)?

☐ Нет

☐ Да, предусмотрены два устройства для ВВ / центрального доступа и жидкости для вливания

До рассечения кожи

(в присутствии медсестры, анестезиолога и хирурга)

☐ Подтвердите, что все члены бригады представились по имени и назвали свою роль.

☐ Подтвердите имя пациента, процедуру и место, где будет проведено рассечение.

Проводилась ли антибиотикопрофилактика за последние 60 минут?

☐ Да

☐ Не применимо

Ожидаемые критические события

С точки зрения хирурга:

☐ Критические или неожиданные меры?

☐ Длительность операции?

☐ Ожидаемая кровопотеря?

С точки зрения анестезиолога:

☐ Специфичные для данного пациента проблемы?

С точки зрения операционных сестер:

☐ Стерильность (включая показания приборов) подтверждена?

☐ Проблемы с оборудованием или иные вопросы?

Визуализация необходимых изображений обеспечена?

☐ Да

☐ Не применимо

До того, как пациент покинет операционную

(в присутствии медсестры, анестезиолога и хирурга)

Медсестра устно подтверждает:

☐ Наименование процедуры

☐ Подсчет количества инструментов, тампонов и игл завершен

☐ Образцы маркированы (зачитывает надписи на образцах, включая имя пациента)

☐ Имеются ли проблемы с оборудованием, требующие устранения

Хирург, анестезиолог и медсестра:

☐ Каковы основные проблемы, касающиеся реабилитации и ведения данного пациента?

Профессиональный праздник операционных медсестер – 15 февраля

МЕДСЕСТРЫ НА СТРАЖЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА

Ассоциация медицинских сестер России в связи с вступлением в Европейскую ассоциацию операционных медсестер вводит новую традицию – празднование профессионального праздника операционных сестер. Этот праздник еще совсем молодой, но уже несколько лет он отмечается во многих европейских странах ежегодно – 15 февраля, акцентируя внимание на тех или иных задачах совершенствования практики операционных медсестер. В этом году тема праздника была определена следующим образом: **«Эффективная коммуникация в операционной бригаде повышает уровень безопасности пациента».**

Безопасность пациента составляет цель всего процесса сестринского ухода в операционном отделении. Работа в команде – это неотъемлемая форма взаимодействия специалистов при работе в оперблоке. В этом отделении, как и в других отделениях лечебного учреждения, действует множество таких команд и бригад. Важнейшим фактором эффективности работы бригады и безопасности пациента является коммуникация. Когда речь идет об оперативной бригаде, главный вопрос составляет коммуникация между специалистами разного профиля, принимающими участие в оперативном процессе.

Коммуникация подразумевает многое – это и вербальное, и невербальное общение, это и умение слушать, и ведение документации, и применение информационных техно-



В этом году операционных сестер России с профессиональным праздником поздравила Кэролин Хиггинс, президент Европейской ассоциации операционных сестер. На 2011 год намечена рабочая встреча Кэролин с президентом РАМС для обсуждения основных задач и направлений сотрудничества формирующейся Секции операционных сестер нашей Ассоциации с европейскими коллегами.

Традицию празднования профессионального праздника операционных медсестер уже успели перенять члены Ленинградской областной общественной организации средних медработников. 16 февраля в конференц-зале ЛОКБ прошла научно-практическая конференция, в ходе которой операционные сестры всего региона обменялись опытом, мнениями, интересными фактами и достижениями хирургической службы региона.

логий, и многое другое. Не будем забывать и о том, что тон нашей речи и голоса, наши жесты в немалой степени влияют на эффективность коммуникации. В процессе интенсивной работы в оперблоке каждый должен осознавать свою ответственность за правильность передачи информации, за ее полное понимание тем специалистом, в адрес которого эта информация обращена, в случае малейшего сомнения перефразировать сообщение, задать уточняющий вопрос. Эксперты рекомендуют – не пренебрегайте дополнительными вопросами, переспросите – этим действием вы обеспечите безопасность пациента.

Иногда в крупных отделениях, для которых характерна скоротечная смена пациентов, сменная работа персонала, многопрофильная работа бригад, бывает достаточно сложно гарантировать эффективное распространение информации и ключевых данных. Перечислим лишь некоторые из современных средств связи, к помощи которых мы можем прибегнуть: e-mail рассылки, печатные документы, новостные бюллетени отделения, внутренний сайт, локальная сеть, электронная доска объявлений...

В этом году Европейская ассоциация операционных сестер призывает нас всех проанализировать коммуникационные технологии и стратегии, которые применяются в оперблоке, проанализировать собственный подход к коммуникации, обратить внимание на недостатки с точки зрения безопасности пациентов.

Ассоциация медицинских сестер России находится в процессе вступления в Европейскую ассоциацию операционных сестер. Параллельно ведется работа по формированию Секции операционных медсестер, которой предстоит играть заметную роль в совершенствовании практики работы сестринского персонала оперблоков. Профессиональный комитет РАМС, приглашая Вас к участию в работе Секции, очень ждет обращений от инициативных, опытных и владеющих английским языком операционных медсестер – членов Ассоциации. Просим направлять резюме в адрес Комитета: tvd@kuzdrav.ru

Малоинвазивные операции в амбулаторных условиях Центра планирования семьи и репродукции ГУЗ ЛОКБ

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ВСЕГДА ТАКТИЧНЫ И ДЕЛИКАТНЫ



■ **Коренева Т.Б.**
Старшая медсестра

Малоинвазивная хирургия (или хирургия малых доступов) – это современная альтернатива классической операции широкого доступа.

При классической операции органы и ткани больного подвергаются механическому повреждению (широкому рассечению покровов), объем и степень которых могут быть довольно обширными. При этом методе наш организм должен преодолеть не только болезнь, но и операционную травму.

Основами для малоинвазивной хирургии стали принципы эндохирургии (опосредованное оперирование через точечные проколы тканей или естественные физиологические отверстия) и совершенствование хирургических инструментов.

Для проведения малоинвазивных операций в амбулаторных условиях ГУЗ ЛОКБ в октябре 1991 была организована операционная Центра планирования семьи и репродукции. 2010 год ознаменовал начало новейшего периода работы нашей операционной – были произведены капитальный ремонт и масштабная реорганизация.

На сегодняшний день наша операционная включает несколько специализированных помещений:

- операционная;
- палаты для пациенток;
- пост медсестры;
- комната гигиены для пациенток.

В связи с модернизацией всего здравоохранения и нашей больницы в наш Центр приобретено новое, современное оборудование, благодаря чему увеличиваются его мощности, количество проводимых манипуляций.

Большим шагом вперед мы считаем внедрение новых моделей организации сестринских служб, их централизацию. Например, до 2011 года стерилизация гистероскопов проводилась только химическим методом, который довольно негативно отражался на здоровье медсестры, так как при этом методе происходит контакт с вредными веществами, содержащимися в стерилизующих жидкостях. В настоящее время стерилизация новых гистероскопов проводится методом автоклавирувания в Центральном стерилизационном отделении ЛОКБ. Благодаря этому уменьшилось воздействие вредных факторов, влияющих на здоровье медсестры, увеличилось время для работы с пациентками.

Мы не останавливаемся на достигнутом. С введением новых медицинских услуг, приобретением новых инструментов и аппаратуры операционная медсестра постоянно повышает свои профессиональные знания, изучает новые методики, новую аппаратуру. Безусловно, это меняет ее отношение к своей работе, повышает престиж сестринской профессии.

В операционной работает целая бригада, включающая врача акушера-гинеколога, операционной медсестры, врача анестезиолога-реаниматолога, медсестры-анестезиста.

Основой успеха в своей работе мы считаем четкость и слаженность работы бригады, высокий профессионализм специалистов, умение понимать друг друга с полуслова.

Это требует от всех участников согласованности действий, высокой организованности и дисциплинированности, предельного самоконтроля, особого такта в профессиональном общении.

Работа операционной медсестры нашего Центра немногим отличается от работы оперблока. Как и любая операционная медсестра, она проходит специализацию, имеет сертификат «операционное дело», и в ее обязанности входит:

- Подготовка операционной, членов хирургической бригады, хирургических инструментов, белья, перевязочного материала, аппаратуры к проведению операции;
- Подготовка пациента к операции: создание необходимой хирургической позиции на операционном столе;
- Обеспечение соблюдения правил асептики и антисептики всем персоналом, находящимся в операционной;
- Обеспечение инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала;
- Выполнение первичной дезинфекционной обработки используемого инструментария, материалов и аппаратуры;
- Участие в хирургических операциях, обеспечение членов хирургической бригады необходимым инструментарием, материалами, аппаратурой;
- Контроль стерилизации белья, перевязочного и шовного материала, инструментария и аппаратуры;
- Количественный учет используемого инструментария, шовного и перевязочного материала, лекарственных средств и аппаратуры и своевременное пополнение расходных материалов;

- Контроль за своевременным направлением на гистологическое и бактериологическое исследование биологического материала;
- Своевременное и качественное ведение медицинской документации.

Самое главное отличие малоинвазивной операции – это ее продолжительность. Наши операции не занимают много времени (от 15 до 30 минут), проводятся строго по плану.

Это не вызывает у операционной медсестры стресса и усталости из-за длинного рабочего дня, сменной и ночной работы, работы в праздники, контакта с больными или тяжелоранеными пациентами, не приводит к усталости от долгой работы стоя.

Весь период нахождения пациентки и в палате, и в операционной операционная медсестра имеет возможность не только наблюдать за ее поведением, но и предвидеть ее поступки и вовремя корректировать ее поведение, держать под контролем всю психологическую ситуацию.

Специфика нашего отделения такова, что мы выполняем только так называемые интимные манипуляции, при которых важно не «ранить» чувствительную и ранимую психику женщин, страдающих заболеваниями тазовых и половых органов.

Для нас безусловным правилом является выполнение этического и нравственного долга перед пациенткой: бережное отношение к ранимой психике, тактичность, умелое использование слова как важного психотерапевтического фактора.

Поддерживая психологический контакт с пациенткой на всех этапах лечебно-диагностического процесса, операционная медсестра помогает снять чувство беспокойства и страха перед манипуляцией, обеспечивает спокойное поведение в операционной, старается облегчить неприятные ощущения после проведенной процедуры. В этом и заключается ее нравственный долг перед пациентами.

У Флоренс Найтингейл есть слова, сказанные ею почти 100 лет назад: «Сестра должна иметь тройную квалификацию: сердечную – для понимания больных, научную – для понимания болезней, техническую – для ухода за больными». Если перефразировать данное высказывание и перенести его на практику современной операционной медсестры, то о ней можно сказать следующее: она должна иметь знания по работе на новейшей медицинской аппаратуре, квалифицированно применять свои знания на практике, быть не только помощником врача, но и непосредственным участником всего хода операции.

НОВОСТИ КОРОТКОЙ СТРОКОЙ

Исследование доказывает – уровень смертности в ЛПУ возрастает при нехватке сестринского персонала

Медицинские сестры находятся в передовой линии оказания помощи пациентам в каждом медицинском учреждении, координируют и выполняют непосредственный уход за пациентом, обеспечивая надежность и безопасность лечения. Цель любого медицинского учреждения состоит в том, чтобы отделения были укомплектованы достаточным количеством медицинских сестер. Идеальной является ситуация, при которой численность сестринского персонала в отделении может быть плавающей, зависимой от количества и сложности поступающих пациентов, уровня их потребностей в сестринском уходе. Завышенная численность сестринского персонала влечет чрезмерные расходы, заниженная – угрожает здоровью пациентов.

В новом исследовании группе ученых из Калифорнийского университета, Клиники Майо и Университета Вандербильта удалось установить, что уровень смертности пациентов в ЛПУ возрастает в зависимости от числа недоукомплектованных сестринским персоналом дежурств, на которые приходится пребывание пациента в стационаре. Данное исследование также устанавливает зависимость риска смертельного исхода для пациента, если его пребывание приходится на дежурства, в ходе которых медсестры имеют высокую нагрузку в связи с выпиской и принятием новых пациентов. Исследование опубликовано 17 марта в «Медицинском журнале Новой Англии».

В ходе исследования группой ученых проанализированы 198 тысяч историй болезни пациентов и 177 тысяч восьмичасовых дежурств в 43 отделениях крупной многопрофильной университетской клиники в США. Проводя сравнительный анализ данных, ученые также подсчитывали разницу между оптимальным и фактическим уровнем укомплектованности сестринским персоналом в каждой смене.

Исследователи установили, что каждая недоукомплектованная медсестрами смена повышает риск гибели пациента на 2%. В среднем каждый пациент за время пребывания в клинике столкнулся с тремя недоукомплектованными сменами, соответственно, риск смертельного исхода для пациента эта ситуация увеличила на 6%, по сравнению с теми пациентами, кто в течение всего периода пребывания в стационаре получал помощь от оптимально укомплектованных сестринскими кадрами смен.

Исследование также установило, что высокий процент новых госпитализаций и выписок пациентов, увеличивая нагрузку на медсестер, повышает риск смерти пациентов на 4%, при этом каждый пациент в среднем однократно сталкивается с такой ситуацией за период своей госпитализации.

Это исследование устраняет все противоречия.

Примерно десятилетие назад в «Медицинском журнале Новой Англии» было опубликовано первое исследование, устанавливающее факт зависимости результатов лечения от укомплектованности учреждения сестринскими кадрами. Вслед за этим исследованием были проведены дополнительные, установившие аналогичные результаты, но с использованием других аналитических методов, данных, средств измерения результатов лечения пациентов, ассоциированных с укомплектованностью сестринским персоналом.

Тем не менее, несмотря на общее согласие по вопросу зависимости благополучия пациентов от укомплектованности клиники сестринским персоналом, ряд исследователей ставили полученные результаты под сомнение, поскольку использованные данные не позволяли установить прямую зависимость состояния пациента от укомплектованности смен медицинскими сестрами. К тому же в ранних исследованиях проводилось сравнение клиник с высоким уровнем укомплектованности и тех, которые испытывают нехватку кадров.

Новое исследование полностью устранило имевшиеся противоречия. Оно проводилось в клинике, предоставляющей высококачественную помощь, имеющей низкие показатели смертности пациентов, достаточно высокий уровень обеспеченности сестринскими кадрами, достигающий оптимальных значений в более 85% времени, что полностью исключает повышение риска гибели пациентов в связи с проблемами качества оказания помощи в учреждении.

Отметим, что исследование было профинансировано Агентством по медицинской науке и качеству помощи, являющимся подразделением Департамента (Министерства) здравоохранения и социальной помощи США.

Источник:
Институт общественного здоровья
Калифорнийского университета



МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ 2011

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ВОСПОЛНЯЮТ ДЕФИЦИТ ПОМОЩИ –
ПОВЫШАЮТ ЕЕ ДОСТУПНОСТЬ И СПРАВЕДЛИВОСТЬ

В 2001 году мировое сообщество провозгласило Цели развития тысячелетия. Приверженность достижению целей поставила в том числе и задачу улучшения состояния здоровья населения всего мира, ознаменовала признание того факта, что бремя болезней и заболеваемости в мире распределено в неравной степени. Существенный разрыв в уровне состояния здоровья и ожидаемой продолжительности жизни наблюдался между богатыми и бедными, развитыми и развивающимися государствами, между мужчинами и женщинами, между жителями деревень и городов. В 2009 году в отчете ООН по достижению поставленных целей и задач были отмечены значительные достижения по контролю над малярией, ВИЧ, иммунизацией населения. Тем не менее в этом же отчете

было отмечено сохраняющееся неравенство различных групп населения по таким показателям, как состояние здоровья, благополучие, ожидаемая продолжительность жизни.

С обозначения столь серьезных проблем здоровья начинается документ Международного совета медсестер, посвященный тематике Международного дня медсестры 2011 года **«Медицинские сестры восполняют дефицит помощи – повышают ее доступность и справедливость»**.

В документе рассматриваются основные задачи по совершенствованию здравоохранения, основные проблемы, определяются перспективные направления для действий со стороны сестринского персонала. Здесь мы приводим лишь некоторые выдержки из документа, которые, как мы надеем-

ся, приоткроют читателям «Вестника» дверь к размышлению о том, какие виды дефицита медицинской и сестринской помощи или несправедливости при ее оказании они наблюдают на своих рабочих местах, о том, какие меры, какие проекты, какие действия с их стороны могут инициировать положительные перемены.

Доступность в контексте здравоохранения можно определить как «наличие у пациентов возможности получить необходимую помощь в нужное время и в нужном месте» (Чапман, 2004, стр. 374).

Оценить степень доступности медицинской помощи можно с помощью анализа существующих препятствий, среди которых:

- **Нехватка объемов и отсутствие в наличии медицинских**

услуг (длинные листы ожидания определенных видов лечения, недостаточность инфраструктуры и медицинских работников, нехватка услуг в том месте и в то время, где и когда в них имеется потребность);

- **Стоимость** (полная или частичная оплата стоимости медицинской помощи остается нормой для многих стран, что может служить серьезным препятствием к получению медицинской помощи бедными слоями населения);

- **Язык и культура** (меры по организации и предоставлению медицинской помощи на языке, доступном для населения, вносят вклад в ее эффективность и, напротив, неспособность учесть культурные и языковые особенности групп населения влечет нежелание со стороны людей обращаться за помощью, снижает эффективность лечения);

- **Нехватка знаний и информации** (доступность означает в данном случае наличие информации о состоянии своего здоровья, о подходах к профилактике заболеваний, о том, какие медицинские услуги доступны);

- **Мобильность и миграция** (мобильные группы населения могут испытывать сложности по доступу к медицинской помощи, в особенности административные барьеры – требование получения помощи по месту постоянного проживания/прописки еще существует в медицинской практике некоторых стран);

- **Занятость населения** (в ряде стран доступность медицинской помощи напрямую зависит от занятости населения, например, в США многие граждане получают медицинскую помощь по той страховке, которую им обеспечивает работодатель. Отсутствие работы, таким образом, часто ограничивает доступ к медицинской помощи. Аналогичные про-

блемы испытывают те граждане, которые устраиваются на временную работу, сезонную, ту, где оплата труда проводится наличными в конверте);

- **Готовность медицинских кадров** (профессиональные и этические стандарты требуют, чтобы медсестры и другие медицинские работники оказывали компетентную и профессиональную помощь, чтобы обращались с пациентами деликатно и с уважением. Для реализации высоких стандартов медицинской помощи необходимо обеспечивать медсестер и других работников эффективным обучением, грамотно организовывать работу медицинских служб);

Профессиональный праздник медицинских сестер отмечается в день рождения одной из знаменитых англичанок, Флоренс Найтингейл (Florence Nightingale), которая во время Крымской войны (1853–1856) организовала первую в мире службу сестер милосердия.

Известно, что среди сестер милосердия, отправившихся на фронт Крымской войны, были и русские сестры милосердия Крестовоздвиженской общины. По инициативе Н.И. Пирогова были сформированы первые отряды сестринской службы во главе со старшими сестрами Е.М. Бакуниной и Е.П. Карцевой. Впоследствии в госпиталях работали многие русские женщины-аристократки, в том числе супруга и дочери императора Николая II.

Хотя фактически празднику уже более ста пятидесяти лет, только в январе 1974 года было принято официальное решение отмечать этот день 12 мая. Именно к этой дате приурочено присуждение медалей имени Флоренс Найтингейл – раз в два года этой наградой Международный комитет Красного Креста отмечает достижения 50 лучших медицинских сестер по всему миру. В России праздник отмечается с 1993 года по инициативе Ассоциации медицинских сестер России.

- **Дискриминация** (несмотря на приверженность медицинских работников оказывать медицинскую помощь всем нуждающимся, сохраняются элементы дискриминации пациентов по признакам пола, расы, социально-экономического статуса. Формой дискриминации является и стигматизация отдельных заболеваний и состояний людей).

Требование справедливости и равенства медицинской помощи ни у кого не вызывает сомнений, однако универсального определения того, что подразумевается под справедливостью, пока не выработано. **Справедливость помощи требует эффективного баланса между ее ра-**

венством и потребностями пациентов.

Центральной концепцией при обсуждении справедливости медицинской помощи является оценка потребностей в ней и согласованное с потребностями распределение ресурсов. Если у пациентов А и Б разные потребности в медицинской помощи, то и соответствующим образом разные ресурсы должны быть предоставлены на обеспечение помощи этим пациентам.

Так, при определении баланса между потребностями и равенством пациентов, ожидающих хирургической помощи, применяются различные формы нормирования. Например, листы ожидания плановых операций могут строиться по принципу очередности, но сама очередность может определяться параметрами «необходимости» или «срочности» операций для разных категорий пациентов. Во многих странах в качестве индикатора качества применяется показатель ожидаемой продолжительности очереди для разных категорий больных.

Распределение ресурсов предопределяет справедливость медицинской помощи по многим параметрам. Например, стратегии бюджетной экономии могут влиять в ограничение объемов госпитализации пациентов, в сокращение сроков госпитализации. Нормирование медицинской помощи может

выражаться в сокращении сестринских кадров, что негативно сказывается на качестве ухода и результатах лечения пациентов.

При распределении ресурсов уже внутри системы здравоохранения нередко возникают и серьезные этические дилеммы. Эксперты отмечают, что возраст пациента, как и многие другие факторы, всегда были важными, но неявными критериями нормирования объемов медицинской помощи.

Факты неравенства

В рамках Европейского сообщества между странами существует 10-кратная разница уровня младенческой смертности.

Риск материнской смертности распространяется на одну из восьми женщин Афганистана, в то время как в Швеции – на одну из 17400!

В среднем мужчины в Эстонии могут рассчитывать на здоровье в течение 71% длительности своей жизни, а в Дании здоровая жизнь мужчины длится дольше – 90% всего жизненного периода.

67% новых эпизодов ВИЧ в США регистрируется среди афроамериканок, тем не менее, при испытании лекарственных препаратов против ВИЧ этот факт остается неучтенным.

Вероятность заболеть раком на 14% выше у британцев-мужчин, чем у женщин в связи с нездоровым образом жизни; от лишнего веса в Великобритании страдает 66% мужчин и 57% женщин.

Риск смерти от рака груди у афроамериканок выше, по сравнению с женщинами с белой кожей, хотя сам уровень распространенности заболевания выше именно среди женщин европейской расы.

Ожидаемая продолжительность жизни у австралийских аборигенов (59 лет у мужчин и 65 лет у женщин) гораздо ниже ожидаемой продолжительности жизни остальных граждан Австралии (77 лет у мужчин и 82 года у женщин).

В Нидерландах средняя продолжительность жизни мужчин и женщин с низким уровнем образования на 7 лет ниже, по сравнению с теми, у кого есть высшее образование; более того, продолжительность их здоровой жизни ниже на 18 лет.

Долг медицинских сестер состоит в том, чтобы преодолевать барьеры неравенства, недоступности, несправедливого обеспечения пациентов медицинской помощью. Согласно с принципами защиты прав человека, этот долг выражен в преамбуле Этического кодекса МСМ

Сестринское дело подразумевает уважение к правам человека, включая право на жизнь и на выбор, на достоинство и уважительное отношение. Сестринская помощь не имеет ограничений по таким признакам, как возраст, цвет кожи,



вероисповедание, культурная принадлежность, инвалидность или заболевание, пол, сексуальная ориентация, национальность, политические убеждения, раса или социальный статус.

Вопросы равенства, доступности, справедливости медицинской помощи освещаются в целом ряде статей Кодекса:

- Оказывая помощь, медсестра старается создать атмосферу уважительного отношения к правам человека, ценностям, обычаям и духовным убеждениям пациентов, их близких и сообщества.
- Совместно с обществом медсестра несет ответственность за инициирование и поддержку действий, направленных на удовлетворение медицинских и социальных потребностей общества, в особенности в отношении его наименее защищенных слоев.
- Посредством активной деятельности в профессиональной

организации медсестра участвует в создании и поддержке безопасных и справедливых социально-экономических условий работы.

Свою исключительно важную роль в сокращении дефицита медицинской помощи, в обеспечении ее доступности и справедливости медицинские сестры могут сыграть в самых разных направлениях деятельности – непосредственно при оказании помощи, в первичном секторе здравоохранения, при работе на уровне управления здравоохранением, организации работы сестринских служб, при участии в исследованиях и самостоятельном проведении исследований. Действуя во всех этих направлениях, важно соотносить свою деятельность с имеющимися фактами неравенства и нехватки медицинской помощи и делать все возможное для их преодоления.

Подготовлено редакцией по материалам брошюры МСМ «Международный день медицинской сестры 2011. Медицинские сестры восполняют дефицит помощи – повышают ее доступность и справедливость».

Грошева Раиса Леонидовна

ЖИТЬ НА ОТЛИЧНО. Именно с такой установкой встречает свой 55-летний Юбилей Раиса Леонидовна Грошева, президент Ассоциации медицинских работников Архангельской области.

Правление Ассоциации медицинских сестер России, коллеги по работе, сотрудники офиса АМРАО, коллектив родильного дома Северодвинска поздравляют Юбиляра и с благодарностью дарят ей свои признания в эти дни. Коллеги отмечают ее целеустремленность, ее новаторский стиль работы, стремление к познанию нового, разработке и внедрению новых методик в развитии сестринского дела в Архангельской области. На протяжении всего трудового пути с 1976 года в должности акушерки Северодвинского родильного дома №1 и главного специалиста Архангельской области Раиса Леонидовна вкладывает много сил и энергии в развитие сестринского дела, развитие международного сотрудничества.

Сама Раиса Леонидовна уверена, что на высокие достижения в работе ее вдохновляют те удивительные люди, те медсестры, которых она встречает на своем жизненном пути.

Ассоциация медицинских сестер России присоединяется к поздравлениям коллег и желает доброго здоровья, новых достижений в общественной деятельности и счастья в личной жизни.



Тихомирова Надежда Ивановна

20 апреля 2011 года свой 55-летний Юбилей будет встречать Надежда Ивановна Тихомирова. В преддверии замечательной даты Ассоциация медицинских сестер России, правление Рязанской ассоциации, коллеги по работе выражают слова благодарности Надежде Ивановне за труд, внимание, помощь.

В феврале 2007 года на областной отчетно-перевыборной конференции Рязанской ассоциации медицинских сестер Тихомирова Н.И. была избрана ее президентом. Стремительно включившись в общественную работу, Надежда Ивановна продемонстрировала отличные организаторские способности, смогла привлечь в ассоциацию множество новых членов, увеличить число проводимых ассоциацией мероприятий. Коллеги по работе, члены Правления Рязанской ассоциации отмечают высокую компетентность и требовательность Надежды Ивановны к себе и сотрудникам.

В Областной клинической детской больнице Надежда Ивановна уделяет большое внимание наставничеству, любит работать с молодежью, уважает их желание трудиться с полной самоотдачей, их стремление к совершенствованию. Поздравляем Надежду Ивановну с Юбилеем! Желаем ей здоровья, счастья, оптимизма, творческих успехов во всех начинаниях, новых достижений в развитии сестринского дела!



Сверткова Людмила Сергеевна

РОО «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл», Совет по сестринскому делу МЛПУЗ «Йошкар-Олинская городская больница» Республики Марий Эл поздравляют с Юбилеем главную медицинскую сестру Сверткову Людмилу Сергеевну.

Профессионал сестринского дела, заслуженный работник здравоохранения России и Республики Марий Эл, победитель конкурса грантов президента в номинации «Лучший наставник 2010».

Людмила Сергеевна прекрасный организатор, настойчивый в достижении поставленной цели. В свою работу всегда вносит элемент творчества и новаторства. Замечательная мама двоих детей и любимая бабушка двух внуков!

*Пусть хорошее жизнь приумножит –
Счастье, силы и яркий успех,
И удача, конечно – поможет
Воплотиться мечтам без помех,*

*Будут в доме уют и достаток,
Процветание дарят года!
И душа молодой и крылатой
Остается тускай навсегда!*

От всей души желаем крепкого здоровья, благополучия, успехов во всех начинаниях и новых профессиональных побед!





ПОДВОДИМ ИТОГИ КОНКУРСА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДОСТИЖЕНИЙ

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ПРОТИВТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ ВНОВЬ ПОДТВЕРДИЛИ, ЧТО ДОСТОЙНЫ САМЫХ ВЫСОКИХ НАГРАД



■ Надежда БОГИНСКАЯ

Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, ГУЗ «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер», г. Ставрополь

«Достижения в сестринской практике в области предупреждения развития туберкулеза среди детей и подростков Ставропольского края». Так называлась конкурсная работа информационно-профилактической бригады «Берегиня» Краевого клинического противотуберкулезного диспансера города Ставрополя, занявшая 1-е место в Международном конкурсе «Сестринских достижений в области ухода, лечения и профилактики туберкулеза». Название «Берегиня» бригада выбрала не случайно. В мифологии восточных славян берегиня (от слова «оберег») – женский персонаж, добрый дух, оберегающий все живое от проказ всякой нечести, спасающий маленьких детей, оставшихся без при-

смотра. Берегини были наделены особой властью над болезнями.

В 2008 году в г. Ставрополе Ассоциация медицинских сестер России в рамках проекта с Международным советом медсестер провела учебный семинар по каскадному принципу для медицинских сестер фтизиатрической службы Юга России «Оказание помощи больным и борьба с туберкулезом и туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью в лечебно-профилактических учреждениях».

Главным условием данного обучения являлось то, что медицинские сестры, прошедшие обучение на данном семинаре, должны передать свои знания по цепочке своим коллегам. Они должны были обучить 10 медицинских сестер фтизиатрической службы и 10 меди-

Благодаря развитию международного сотрудничества Ассоциации медицинских сестер России с Международным советом медсестер в 2011 году у специалистов нашей страны вновь появился шанс заявить о себе и своих достижениях на весь мир. На приглашение РАМС принять участие в профессиональном конкурсе среди медсестер фтизиатрической службы откликнулись специалисты из 15 российских регионов: Самарской, Воронежской, Ивановской, Кировской, Томской, Архангельской, Брянской, Белгородской, Волгоградской, Пензенской и Смоленской областей, Ставропольского края, Республик Саха (Якутия), Марий Эл и Чувашия. Профессиональная конкурсная комиссия во главе с Татьяной Юрьевной Федоткиной (руководителем фтизиатрической секции РАМС) рассмотрела заявки от 24 кандидатов. Отмечая ежегодный рост уровня и масштаба профессиональных достижений медицинских сестер, комиссия определила в качестве призеров конкурса преподавателя Ивановского медицинского колледжа – Круглову Светлану Сергеевну – 3 место, медицинских сестер Самарской области – Терехову Валентину Анатольевну и Сорокину Валерию Владимировну – 2 место. Безоговорочным лидером российского этапа конкурса, получателем международной награды стала бригада медицинских сестер из Ставропольского края. Ассоциация медицинских сестер России искренне поздравляет всех конкурсанток и победителей, желает им дальнейших профессиональных успехов, интересных проектов и новых побед.

путях его передачи и способах профилактики, а также по возможности найти такой язык изложения материала, который будет понятен даже ребенку. Детям до 10–11 лет предлагаются беседы, слайды о туберкулезе, поучительный фильм-сказка. Подросткам и их родителям демонстрируется фильм о туберкулезе, проходит презентация на тему опасных и вредных привычек, проводятся викторины и анкетирование. Своей деятельностью участницы проекта стараются охватить как можно больше детских учебных заведений г. Ставрополя.

Анкетирование детей и взрослых в процессе работы дает дополнительную информацию для размышления о подготовке новых лекций. Удовлетворение и радость у участниц конкурса вызывает тот интерес, который дети и взрослые проявляют в процессе обучения.

В состав бригады вошли 3 участковые медицинские сестры диспансерного отделения. Желание работать в группе появилось отчасти потому, что у них много общего. Их объединяет большой стаж работы на участке. Две из них имеют высшее образование по специальности «психолог», которое требует реализации своих знаний на практике и, несомненно, помогает им в работе. Но самое главное – они все мамы. Любая мать инстинктивно стремится защитить своих детей от бед, старается помочь им в выборе правильного жизненного пути. Это общее, но каждая из них индивидуальна, по-разному скажу о каждой.

цинских сестер общей лечебной сети. По итогам данного семинара в ЮФО было обучено 740 медицинских сестер, в т. ч. в Ставропольском крае 180 медицинских сестер. Данный метод обучения не оставил равнодушными медицинских сестер, участвующих в проекте по туберкулезу. Появилась идея создать на базе Краевого клинического противотуберкулезного диспансера бригаду медицинских сестер для профилактической работы среди подрастающего поколения г. Ставрополя, вдохновителем которой стал руководитель нашего учреждения главный врач ГУЗ «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер», кандидат медицинских наук, заслуженный врач Российской Федерации, главный фтизиатр Ставропольского края В.С. Одинец.

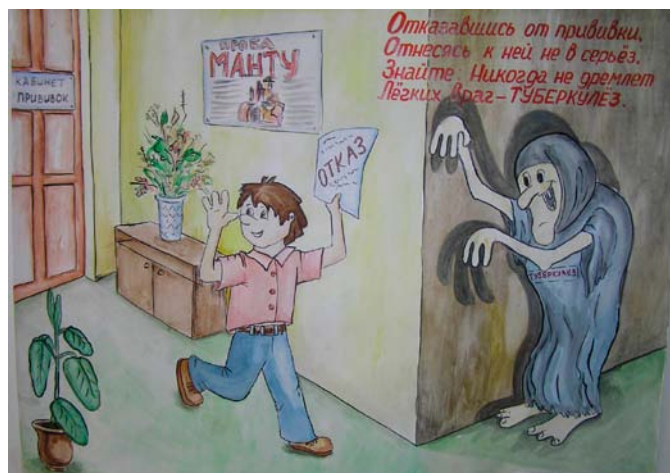
Туберкулез – страшное, коварное заболевание, и его легче предупредить, чем лечить. Болезнь поражает все

возрастные группы и слои населения. Страдают все внутренние органы и системы организма.

Целью создания информационно-профилактической бригады стало формирование здорового образа жизни у детей и подростков.

Работая на участке, медицинские сестры много общаются с родителями, и каждый раз сталкиваются с неграмотностью населения по вопросам туберкулеза. Родители пытаются получить информацию в интернете, но там лекции о туберкулезе даются на профессиональном медицинском языке, который не всегда понятен широкому кругу населения.

Как же работает «Берегиня»? Основной задачей своей работы бригада считает необходимость донести в доступной для разновозрастной аудитории слушателей форме основные понятия о заболевании,



Большим шагом к победе над туберкулезом и вредными привычками для маленьких пациентов стал конкурс рисунка на тему борьбы с туберкулезом, организованный бригадой «Берегиня»



Савенко Елена Николаевна имеет самый большой стаж работы в детском поликлиническом подразделении. В 1985 году, по окончании Ставропольского базового медицинского училища, по распределению была направлена в противотуберкулезный диспансер, где и работает по настоящее время. Вышла замуж за молодого офицера, родила сына. Судьба заставила Елену прервать свою работу и отбыть по месту службы мужа. Через три года, по возвращению в родной город, первым делом пришла в диспансер и продолжила работу на своем прежнем рабочем месте. Стоит заметить, Елена Николаевна очень разносторонний и интересный человек. Она состоялась профессионально, имеет высшую квалификационную категорию по специальности «сестринское дело». Она состоялась как мама, воспитывает взрослого сына, студента физико-математического факультета СГУ. Прекрасно умеет вязать и шить, много читает. Работая медицинской сестрой, Елена Николаевна освоила параллельно еще две профессии: косметолога и парикмахера.

Сегодня «Берегиня» приобрела необычайную популярность. Школы, училища, вузы и детские сады спешат записаться в очередь на встречи и занятия «Берегини».



Сурнина Людмила Ивановна работает в детском поликлиническом подразделении 16 лет. Она мама троих детей. Старший сын учится военному искусству, средний проходит срочную службу в армии, а младшая дочь учится в третьем классе гимназии. Людмила Ивановна человек, которому нужно иметь какую-либо цель в жизни и достигать ее, чтобы чувствовать свою самоценность. Она не остановилась на профессии медицинской сестры и в 2006 году получила диплом об окончании Ставропольского государственного университета по специальности «психолог». Знания, полученные в университете, часто помогают ей в настоящей работе. Она совмещает работу в детском подразделении с работой на участке, обслуживающем студенческую поликлинику. Ей приходится работать со студентами города и края. К каждому пациенту старается найти свой подход. Кого-то пожалеет, как мама, кого-то пожурит, кого-то выслушает и даст совет. Столкнувшись с туберкулезом, детям и подросткам кажется, что их жизнь рушится, нет перспектив впереди. Ей приходится убеждать и рассказывать, что болезнь излечима и многое зависит от них сами, от их желания выздороветь и жить дальше. Судьбу каждого пациента она пропускает через себя. С ее слов, любит свою профессию и не жалеет о выбранном пути.



Лещенко Вероника Гавриловна самая молодая и энергичная из бригады «Берегиня». Самостоятельно воспитывает дочь семи лет. Свой трудовой путь начала санитаркой операционного блока Ставропольской краевой клинической больницы. Параллельно училась на вечернем отделении Ставропольского базового медицинского колледжа. По окончании учебы продолжила работу в больнице, но уже медсестрой палатной в гнойно-хирургическом отделении.

В 2002 году пришла работать в противотуберкулезный диспансер медсестрой амбулаторного приема, и уже в 2008 году была переведена на должность старшей сестры диспансерного отделения. Учится на 5-м курсе университета на отделении «психологии». Отличается высокими профессиональными качествами, трудолюбием и особенным артистическим талантом. Ни одно праздничное мероприятие не обходится без ее участия. Вероника Гавриловна равнодушный к чужой беде человек. Во время чрезвычайной ситуации в Кочубеевском районе Ставрополья, в июне 2003, принимала участие в оказании экстренной и плановой медицинской помощи населению пострадавшего района. Кстати, скажу, родилась она 12 мая, в Международный день медицинской сестры. Поистине, неслучайное совпадение!

Создавая свой коллектив, медицинские сестры бригады «Берегиня» не ставили перед собой глобальных задач и скорого их выполнения. Специфика профилактической работы такова, что результаты не заметны сразу и сейчас.

По роду своей работы, медицинским сестрам бригады «Берегиня» приходится часто бывать в детском стационарном отделении. Больные дети там находятся на лечении от 6-ти месяцев до года. Не каждому взрослому легко находиться долго вне дома, а ребенку это в разы сложнее. Ему болезненно переносить разлуку с мамой, больничную обстановку и болезненные медицинские процедуры. И здесь бригада «Берегиня» помогает детям больным туберкулезом адаптироваться к длительному пребыванию в стационаре, настроить детей на здоровый образ жизни, помочь избавиться от вредных привычек. Ведь основную массу пациентов детского стационара составляют дети из неблагополучных семей, где большой проблемой оказались вредные привычки, приводящие к развитию туберкулеза. И если в результате проводимой профилактической работы хотя бы один ребенок бросит курить, а другой не возьмет в руки банку с пивом – это победа!

Коллектив ГУЗ «Краевого клинического противотуберкулезного диспансера» от всей души поздравляет наших замечательных сестричек с достойной победой в Международном конкурсе по туберкулезу, искренне желает новых творческих побед, новых достижений в нелегком, но благородном деле.

РАДИ ЖИЗНИ НА ЗЕМЛЕ

НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА СЕСТРИНСКОГО СООБЩЕСТВА РОССИИ

■ Анастасия Радневская

Еще в школе нам говорили, что тело человека почти на 75% состоит из воды. Медицинское образование внесло определенные поправки в эту аксиому: не вода, а сложнейшие многокомпонентные растворы, составляющие основу внутренней среды организма, являются основой жизни. Стоит измениться хотя бы одному значению, например pH крови, как в человеческом организме начинают происходить серьезные, порой опасные для жизни изменения.

Кровь, циркулирующая по нашему организму, является прекрасным средством доставки кислорода и питательных веществ к органам и тканям, она же забирает и уносит углекислый газ и продукты обмена веществ. Однако у этой медали есть и обратная сторона: как любая жидкость, кровь подчиняется законам гидравлики, при травме она быстро покидает кровеносную систему.

Понимание важности поддержания параметров внутренней среды организма в рамках физиологических норм привело к появлению в медицине понятия «инфузионная терапия». Первые успешные опыты по введению в организм пациентов значительных объемов жидкостей (разумеется, на тот момент речь шла не об искусственных кровозаменителях, а о простейшем физрастворе) датируются еще XIX веком, сегодня же инфузионная терапия стала частью повседневной практики ЛПУ самого разного профиля.

Идет ли речь о восстановлении объема циркулирующей крови или о нормализации кислотно-щелочного состояния, нуждается ли пациент в дезинтоксикации или в возмещении кровопотери – во всех этих случаях мы вводим в кровоток определенные объемы растворов тех веществ, которые необ-

ходимы для коррекции нарушенного равновесия.

В ряде клинических случаев инфузионная терапия является единственным способом спасти жизнь пациенту. Однако для того, чтобы данная процедура прошла успешно, необходимо соблюдение целого ряда условий, начиная от правильной постановки внутривенного катетера и заканчивая адекватным выбором препарата для инфузионной терапии. Кроме того, данная методика лечения предполагает наличие постоянного контроля достигнутых результатов и – при необходимости – немедленной коррекции состава или объема вводимого средства.

Если вспомнить, что инфузионная терапия широко применяется в реанимации, травматологии, акушерстве и других областях медицины, в которых время измеряется минутами, а то и секундами, станет ясно, насколько важны знания и навыки медперсонала, а также умение всех членов бригады быстро и правильно сориентироваться в ситуации. Мы, члены Ассоциации медицинских сестер России, прекрасно понимаем, какая огромная ответственность лежит на сестрах-анестезистах, фельдшерах, акушерках, всех специалистах, под руководством врача осуществляющих инфузионную терапию. Осознаем мы и то, что цена наших промахов может оказаться непоправимо высокой.

Сегодня много говорится и пишется о важности непрерывного образования медицинских работников. Современные врачи не только проходят обязательную переподготовку раз в пять лет, но и стараются посещать профессиональные конгрессы и симпозиумы, мероприятия, на которых они получают наиболее актуальную информацию о современных методах лечения различных заболеваний. К сожалению, у медицинских сестер возможностей для профессионального роста несколько меньше, однако наша Ассоциация прикладывает максимум



усилий для того, чтобы рядовые российские медсестры имели возможность получить те знания и навыки, которые помогут им работать с учетом самых современных учено-методических стандартов.

Совсем недавно, в январе 2011 года, Ассоциация медицинских сестер России стала полноправным членом Международной ассоциации инфузионных медицинских сестер – профессиональной организации, объединяющей медсестер из самых разных стран, осуществляющих инфузионную терапию.

Сотрудничество с данной организацией поможет нам ознакомить членов Российской ассоциации с международными стандартами инфузионной терапии, с теми приемами и методиками, которые наши зарубежные коллеги используют в своей повседневной работе. Это

особенно важно в связи с тем, что инфузионная терапия в последние годы все чаще выходит за пределы стационаров: она осуществляется в амбулаторных ЛПУ и даже на дому. Очевидно, что такие условия налагают на медсестру, проводящую манипуляцию, дополнительную ответственность и предъявляют новые требования к ее профессиональным знаниям и навыкам.

Развивая сотрудничество с Международным обществом медсестер инфузионной терапии, мы будем стремиться к тому, чтобы все члены Ассоциации медицинских сестер России, чья деятельность так или иначе связана с инфузионной терапией, смогли повысить уровень своих знаний и работы и предоставить российским пациентам качественное медицинское обслуживание.

Научные исследования в сестринском деле: постановка вопроса исследования



■ Барбара МАНДЛЕКО

Доктор наук, специалист семейной медицины, специалист в области общественного здоровья. Являясь преподавателем сестринского дела, она обучает студентов выполнению сестринских исследований в педиатрии и семейной медицине как на додипломном, так и постдипломном уровнях образования. Барбара была руководителем в разных профессиональных организациях, является автором множества научных публикаций. В настоящее время ее исследовательские интересы включают проблемы адаптации семьи к хроническому заболеванию ребенка, а также методы обучения и вовлечения студентов в научную деятельность.

■ Мария ДРИЙВЕР

■ Джанет ЛАРСОН

В двух предыдущих статьях, посвященных вопросам научно-исследовательской деятельности медицинских сестер, мы обсудили, что цель этой деятельности состоит в повышении качества сестринского ухода за счет собственного научного поиска и внедрения новых знаний, а также за счет внедрения уже имеющихся научных разработок. Результативность научного исследования во многом зависит от того, насколько качественно

поставлен исследовательский вопрос, насколько он точен и насколько возможна его проверка. Фактически постановка вопроса исследования является одним из самых важных этапов научной работы. Ведь именно этот вопрос дает основания для исследования, помогает медсестре обнаружить и проанализировать имеющуюся по данной теме литературу, подтверждающую актуальность исследования и, наконец, именно этот вопрос определяет, какое исследование состоится, с помощью каких методов будут собраны и проанализированы данные.

В силу высокой важности этой темы мы посвятим ей две статьи. В этой статье мы расскажем о том, что такое исследовательский вопрос, как и откуда возникают исследовательские вопросы. А во второй статье, которая будет опубликована в следующем выпуске «Вестника», мы расскажем о процессе уточнения формулировки исследовательского вопроса и основных видах вопросов.

Исследовательский вопрос: определение

Исследовательский вопрос – это предложение, сформулированное в виде вопроса в форме настоящего времени, ответ на который поможет медицинской сестре в решении клинической проблемы (Polit & Beck, 2010). Вопрос должен быть кратким и конкретным, отражающим клиническую проблему, которую решает медсестра, но не в форме описания проблемы, а в форме вопроса. Например, если проблема, в изучении которой заинтересована медицинская сестра, заключается в том, как облегчить послеоперационную боль у маленьких пациентов, то исследовательский вопрос можно сформулировать следующим образом: какого уровня достигает боль ребенка, если вводить обезболивающие

препараты с интервалом в 4 часа в течение первых суток после операции, в сравнении с введением лекарств в ответ на просьбу ребенка? Вопрос должен быть направлен на поиск такого ответа, который объяснит, спрогнозирует, определит, опишет или подтвердит факт, изучаемый исследователем. И, наконец, формулировка вопроса приведет к тому, какие данные будет собирать медсестра в процессе исследования и какому виду исследования

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ВОПРОС –

это предложение, сформулированное в виде вопроса и в форме настоящего времени, ответ на который поможет медицинской сестре в решении клинической проблемы.

она отдаст предпочтение (качественному или количественному). Например, вопрос, приводящий к необходимости качественного исследования, в котором исследуется малоизученное явление, будет открытым: как дети справляются с опытом переживания боли? В то время как вопрос, приводящий к необходимости количественного исследования, будет максимально конкретным и отразит те переменные (факторы), которые медсестра стремится изучить. Например, если бы медсестра хотела выяснить в процессе исследования влияние присутствия родителей во время болезненной процедуры на уровень боли, которую испытывает ребенок, то исследовательский вопрос было бы целесообразным сформулировать следующим образом: оказывает ли присутствие родителей влияние на уровень боли у ребенка во время смены белья?

Источники исследовательских вопросов

Исследовательские вопросы имеют несколько источников. Среди них может быть фактический опыт из собственной клинической практики, общение и обсуждение проблем с коллегами, литература, предложения из внешних источников. Рассмотрим каждый из этих источников в деталях.

Опыт медицинской сестры по уходу за пациентами, текущая практика оказания сестринской помощи составляют один из богатейших и наилучших источников вопросов, требующих ответа. Часто в процессе ухода за пациентом возникают неожиданные проблемы, требующие экстренного разрешения, не менее часто на практике реализуются разного рода проекты по повышению качества сестринской помощи, результаты которых требуют достоверной оценки. С подобными ситуациями могут сталкиваться многие медсестры, а клиническое значение их исследования определяется тем, какая проблема выявляется в таких ситуациях. Исследовательские вопросы могут также возникать в результате часто наблюдаемого у пациентов явления и беспокойства специалистов по поводу того, что является причиной этого явления, или с чем оно может быть связано. И, наконец, вопросы могут возникать в результате анализа и опросов пациентов, в результате размышлений о том, как улучшить сестринский уход для конкретной группы пациентов, почему уход организован именно таким образом, и как можно сделать все лучше – в таких ситуациях все начинается с вопроса «Что случится, если...» Или «Это всегда происходит, когда...»

Пример вопроса, проистекающего из клинической практики, может дать ваше наблюдение

ние за детьми, которые не обрашаются за обезболивающими препаратами в послеоперационном периоде. Вас может беспокоить то, как им помочь, вы можете подумать о том, что их реакция на боль может быть связана с возрастом, полом, а также с соотношением их возраста и возраста медсестер, осуществляющих сестринский уход. В таком случае вы непременно зададитесь вопросом: какого уровня достигает боль ребенка, если вводить обезболивающие препараты с интервалом в 4 часа в течение первых суток после операции, в сравнении с введением лекарств в ответ на просьбу ребенка? Или, каково влияние отвлечения внимания ребенка (на чтение или настольную игру) при совмещении с обезболивающими препаратами на уровень боли по сравнению с уровнем боли детей, получаю-

ее решению, в котором вы все в равной степени заинтересованы, позволит всем вам отследить особенности ухода за конкретной группой пациентов и продумать изменения, в ответ на те нужды пациента, которые связаны с его состоянием и заболеванием. В том случае, если в решении одной проблемы заинтересованы многие медсестры отделения, вам будет гораздо проще осуществить исследование.

Пример вопроса, возникающего в ходе общения и взаимодействия с коллегами, может заключаться в том, что согласно наблюдению нескольких медсестер маленькие пациенты в послеоперационном периоде испытывают чрезмерную боль, учитывая те обезболивающие препараты, которые им введены. Некоторые медсестры могут отметить, что дети, рядом с которыми после операции находятся родители, испытывают меньше боли или реже просят об обезболивающих препаратах по сравнению с детьми, которых родители посещают реже. В связи с тем, что такие вопросы могут волновать всех медсестер отделения, они могут решить провести совместное исследование. Вопрос в таком исследовании может быть сформулирован следующим образом: каково различие в уровне боли, которую испытывают дети в послеоперационном периоде в зависимости от присутствия или отсутствия их родителей?

Третьим источником исследовательских вопросов является опубликованная литература. Точнее говоря, такой вопрос может возникнуть в результате знакомства с интересной статьей, главой книги, новым практическим руководством, предлагающими внедрить нечто новое в уходе за группой пациентов, с которой работает медсестра. К этой группе источников относится и информация, полученная медсестрой в ходе собраний коллектива, конференций, на которых обсуждаются последние публикации, освещающие вопросы оказания помощи и ухода как раз за такими пациентами, которые проходят лечение в отделении. Литература может стать источником исследовательских вопросов и иным образом. Нередко в публикациях, детально рассматривающих

определенные аспекты сестринского ухода, ставится задача дополнительного изучения аспектов, взаимосвязанных с изученными, либо аналогичных аспектов, но при уходе за другой группой пациентов, или при уходе за аналогичной группой пациентов, но в рамках иного медицинского учреждения. Например, в публикации может рассматриваться информация, полученная от родителей госпитализированных детей о реакции детей на госпитализацию, но может совершенно не ооветаться вопрос реакции на госпитализацию других детей в этой семье. В этом случае исследовательский вопрос мог бы быть сформулирован следующим образом: какова реакция братьев и сестер на госпитализацию ребенка на двухнедельный и более длительный срок? Примером исследования, которое можно было бы продублировать для другой группы пациентов, может быть исследование, основанное на статье об опыте и трудностях родителей детей, страдающих аутизмом или синдромом Дауна, и направленное на изучение опыта родителей тех детей, которые страдают другим заболеванием, например диабетом. Новый исследовательский вопрос можно было бы сформулировать следующим образом: в чем состоят трудности родителей детей, у которых диагностирован диабет?

Тем не менее прежде чем опираться на статью как на источник собственного исследования, исследователю необходимо удостовериться, что для его группы пациентов исследовательский вопрос сформулирован корректно, что такое исследование можно будет осуществить в своем учреждении и в том, что ответ на поставленный исследовательский вопрос принесет улучшения в практику ухода за этой группой пациентов. Например, если новый способ помощи детям при послеоперационной боли связан с приобретением книг, карандашей, настольных игр, других игрушек, препятствием для проведения аналогичного исследования в вашем учреждении может стать отсутствие средств на их приобретение. Кроме того, имея в виду литературу как источник исследовательских вопросов, стоит всегда критически оценивать то, как были собраны дан-

ные, представленные в статье, и, только убедившись в достойном уровне исследования, планировать использование статьи для постановки собственного исследовательского вопроса.

Последним источником исследовательских вопросов являются предложения, поступившие из внешних источников. К таким источникам можно отнести фонды, оказывающие финансовую поддержку исследованиям и часто определяющим приоритетные направления для научного поиска с целью совершенствования клинической практики. Например, в США действует Национальный Институт Сестринских Исследований (НИСИ), который выделяет финансирование на исследования в определенных направлениях: сохранение здоровья/профилактика заболеваний, улучшение качества жизни, устранение неравенства в вопросах здоровья, уход в конце жизни. Приоритетные направления сестринских исследований определяет и Международный совет медсестер, включая в их число: поддержку здорового образа жизни, безопасность на рабочих местах, здоровье сообществ, внедрение современных медицинских технологий с сохранением высокой роли милосердия, а также разработка ценностей, политики, стандартов и условий, позволяющих сестринскому персоналу в полной мере реализовать потенциал своего образования в безопасной и благоприятной среде.

Итак, в этой первой статье, посвященной исследовательским вопросам, мы рассмотрели определение исследовательского вопроса и источники для его формирования. Прежде чем приступить к следующим шагам исследовательского процесса, необходимо далее проработать исследовательский вопрос и уточнить его формулировку, что мы обязательно рассмотрим в следующей публикации.

ЛИТЕРАТУРА

Polim D, Bek C. Актуальные вопросы сестринских исследований: Получение достоверных данных для сестринской практики. 7-е изд., ред. Филадельфия, ПА Воутерс-Клювер, Липпинкотт, Уильямс и Уилкинс, 2010.

ИСТОЧНИКИ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ВОПРОСОВ:

1. Опыт/клиническая практика оказания сестринской помощи
2. Взаимодействие/обсуждения с медсестрами и другими медицинскими работниками
3. Опубликованная литература
4. Предложения из внешних источников

щих препараты, но не отвлекающихся на игры? Или имеется ли разница в уровне боли у детей при оказании им помощи медсестрой моложе 30 лет и старше 30 лет? Или имеется ли разница в том уровне боли, о которой через 24 часа общаются мальчики и девочки?

Вторым источником исследовательских вопросов является взаимодействие, общение, обмен опытом с коллегами. Этот источник особенно важен в тех случаях, когда не одну, а нескольких медсестер волнует одна и та же проблема, когда сразу для нескольких специалистов актуален одинаковый вопрос. Обсуждение имеющихся проблем с медсестрами в своем отделении, привлечение этих медсестер к

ПРОФЕССИЯ НА ВСЮ ЖИЗНЬ

КЕМЕРОВСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ВОЗРОЖДАЕТ ТРАДИЦИИ НАСТАВНИЧЕСТВА



■ Тамара ДРУЖИНИНА

Главный специалист по управлению сестринской деятельностью ДОЗН КО, президент КРОО ПАМСК, член Общественной палаты КО

В последнее время на страницах газет и экранах телевизоров можно увидеть много негативных отзывов о работниках здравоохранения. Справедливо ли это? Да, проблемы в данной сфере есть. Как, впрочем, и в любой другой. Но вряд ли кто-то станет отрицать, что самоотверженных людей среди нас все-таки больше, чем равнодушных, и что самая гуманная и милосердная специальность здесь – медицинская сестра.

Люди, которые становятся нам надежной опорой

В нашей жизни есть профессии, которые остаются на всю жизнь. Одна из них – медицинская сестра. Можно продолжать в дальнейшем учиться в медицинском вузе, повышать навыки и квалификацию, но невозможно перестать быть милосердным. Это остается навсегда – желание облегчить боль другого человека. Из дня в день, зачастую и сверхурочно, медицинский персонал работает с тяжелобольными, часто обреченными людьми, помогает в операционной и больничной палате, ухаживает за престарелыми и инвалидами, заботится о новорожденных. Одним словом, эти люди сопровождают нас на протяжении всей жизни. И примечательно то, что они не только добросовестно работают, но и находят время, чтобы учиться и учить других. **В лечеб-**

но-профилактических учреждениях Кузбасса на сегодняшний день работает более 250 наставников – тех, кто обучает операционных сестер, постовых, перевязочных, процедурных, педиатрических, неонатальных, сестер-анестезистов, фельдшеров, лаборантов, акушеров, сестер функциональной диагностики, организаторов сестринского дела и многих других.

А кто же такие наставники? Согласитесь, многие из нас уже давно отвыкли от этого слова. Переход в 90-е годы XX века к рыночным отношениям, смена профессиональных приоритетов и ценностей привели к тому, что массовое наставничество как способ введения молодых специалистов в профессию перестало существовать. Однако сами наставники не исчезли, они по-прежнему продолжают воспитывать молодых специалистов, обеспечивая преемственность и сохранение добрых традиций сестринского дела. Они знают сами и учат подопечных главному: медицинская сестра – не только профессионал, это, прежде всего, душа!



Всем известно, что 2010 год в нашей стране был объявлен «Годом учителя», но немногие знают о том, что по решению Всемирной организацией здравоохранения прошедший год был и «Международным годом медицинской сестры». Это ли не повод вспомнить о наставниках, о тех, кто по праву может считать каждый из этих праздников своим? По инициативе Кемеровской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация медицинских сестер Кузбасса» и при поддержке Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области во всех медицинских учреждениях прошли торжественные мероприятия, посвященные наставникам, на которых чествовали лучших представителей специалистов сестринского дела. Хочется верить, что такие мероприятия теперь будут проходить регулярно!

С мыслями о будущем

Нет сомнения в том, что пока у нас работают такие люди, медицинская помощь будет оказываться качественно и своевременно. Очень жаль, что понимают это не все. Почему мы стремимся увидеть в больнице недоделанный ремонт вместо великодушных и отзывчивых людей? Почему замечаем все самое плохое? Почему добрые дела и сердечное отношение считаем само собой разумеющимися? Это неправильно, ведь если мы сформируем негативное отношение к медицинскому персоналу, кто будет учиться этой профессии в дальнейшем, кто будет о нас заботиться?

На сегодняшний день работа сестринского персонала поднялась на качественно новый уровень, и этого нельзя не заметить. Большое внимание уделяется нормативно-правовому обеспечению и управлению качеством работы медицинского персонала, внедрению новых медицинских техноло-



гий и передового опыта работы как российских, так и зарубежных специалистов. **В последние годы специалисты сестринского дела активно занимаются научными исследова-**

ниями и участвуют в различных научно-практических конференциях, а значит, повышают эффективность своей работы, учатся мыслить экономически и на перспективу, быть не только исполнителями, но и организаторами.

Поэтому сегодня медицинская сестра не помощник врача, как ошибочно считают некоторые пациенты, а профессионал, который имеет свои права и обязанности. Сестринское дело – это самостоятельная наука и самостоятельная профессия, очень тяжелая, но такая нужная людям. Ни в коем случае не умаляя важности работы врачей, хочется, тем не менее, отметить, что медицинским сестрам приходится общаться с больными намного чаще, и ответственность на них лежит не только за физическое, но и за моральное состояние человека.

Сегодня молодые люди все чаще вступают на этот жизненный путь, и ничуть об этом не жалеют, потому что такая работа – призвание! Подтверждени-

ем тому является высокий конкурс на все специальности в Кемеровский областной медицинский колледж, который является кузницей кадров со средним медицинским образованием. Кроме того, ребята совместно с работающими специалистами являются активными участниками волонтерских движений и благотворительных акций, выступают перед учениками школ, проводят дни открытых дверей, рассказывают о многообразии специальностей и их важности в современной медицине, проводится огромная совместная работа с практиками здравоохранения.

Безусловно, все это очень важно, но все равно самое главное здесь – это порядочные и честные люди, которым можно доверить свое здоровье и здоровье наших детей. Конечно, впереди еще много работы, но единый взгляд на улучшение работы сестринского персонала, сплоченность и открытость всему новому – залог успешной работы и благополучия пациентов сегодня и в будущем.

Заботимся о здоровье глаз



Засиживались ли Вы за компьютером до боли в спине, до зайчиков в глазах? Даже если Вы не крутые геймеры, а всего лишь начинающие блоггеры, если Ваша работа связана с многочасовым напряжением глаз, если Вам знакомы такие симптомы, как

головная боль, ухудшение зрения, когда контуры предметов кажутся размытыми, – значит, без наших советов Вам не обойтись!

• Чаще всего от хронической усталости глаз страдают люди самого активного возраста – 20–30 лет.

• По санитарным нормам работы за компьютером, через каждые 45 минут надо делать 15-минутный перерыв. Контрастность и яркость монитора следует отрегулировать в сторону уменьшения. Верхняя часть экрана должна быть на уровне глаз или немного ниже.

Оптимальное расстояние до него – 60 см.

• Врачи не рекомендуют работать за компьютером в темной или плохо освещенной комнате. Но на мониторе не должно быть отражений и бликов.

ИТАК, ЕСЛИ ЗДОРОВЬЕ ВАМ ДОРОГО, ПРИДЕТСЯ ПРОЯВИТЬ О НЕМ ЗАБОТУ, ВЫУЧИТЬ КОМПЛЕКС НЕХИТРЫХ УПРАЖНЕНИЙ И ВЫПОЛНЯТЬ ИХ РЕГУЛЯРНО, В ИДЕАЛЕ – ЧЕРЕЗ КАЖДЫЕ ПОЛТОРА ЧАСА:

1. Крепко зажмурились, затем поморгали, поморгали, поморгали.

2. Встали, подняли руки, прогнулись назад, выпрямились, опустили, повторяем 5 раз, глаза «привязаны» к кистям рук.

3. Опустили руки, наклонились вперед 5 раз, руки держим параллельно туловищу, глаза следят за кистями.

4. Стоя, разводим руки в стороны с напряжением, будто раздвигаем несуществующие стены. 5 раз переводим глаза с левой кисти на правую и обратно. Голову при этом не поворачиваем.

5. Локти в стороны, руки перед грудью. 5 раз разводим руки в стороны, воз-

вращаем в исходное положение. Одновременно, разводя глаза в стороны и обратно, следим за кистями. Левый глаз – за левой кистью, а правый – за правой.

6. Руки на пояс. Наклоны влево и вправо. 5 раз. Глаза при наклоне влево смотрят на левую стопу, вправо – на правую. Голову не разворачиваем. При выпрямлениях глаза проходят по потолку.

7. Руки впереди на уровне груди, пальцы переплетены и вывернуты ладонями наружу. Сгибая локти, приближаем сплетенные пальцы к носу. Выпрямляем, потянувшись, 5 раз. Глаза весь цикл следят за центром скрещенных пальцев.

8. Садимся, кисти сплетены на затылке, давят на него 5 раз, шея сопротивляется. Глаза «стеклянные» – расслаблены, не фокусируются ни на чем весь цикл.

9. Пальминг. Разогреваем ладони, потиранием между собой, соединяем их в пригоршню. Закрываем ладонями глаза, центры ладоней напротив глаз, но не прижаты к ним, скрещенные пальцы на лбу. Свет к глазам не проникает. Моргаем глазами под ладонями.

10. По-детски потираем глаза кулачками, массируя веки и края глазных впадин. Медленно открываем глаза. Вы снова в боевой форме.

БОЛЬШИХ ЖЕРТВ УДАЛОСЬ ИЗБЕЖАТЬ БЛАГОДАРЯ ДЕЙСТВИЯМ БРЯНСКОГО ФЕЛЬДШЕРА

АССОЦИАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА БРЯНЩИНЫ
РАССКАЗАЛА НАШЕЙ РЕДАКЦИИ О ГЕРОИЧЕСКОМ ПОСТУПКЕ
РЯДОВОГО СОТРУДНИКА ГОРОДСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ г. БРЯНСКА



Дятлов Андрей Леонидович родился в г. Брянске в 1985 году, окончил среднюю школу № 10 в Бежицком районе города, затем Брянский базовый медицинский колледж № 1. В 2006 году Андрей пришел работать в службу скорой помощи г. Брянска на подстанцию № 5. В 2007 году Андрей прошел специализацию по анестезиологии и реанимации на догоспитальном этапе.

По словам главного фельдшера городской

станции скорой медицинской помощи г. Брянска Капитанова Александра Александровича, Андрей отлично владеет навыками оказания помощи, в том числе и реанимационной. Неоднократно проводил реанимационные мероприятия с положительным эффектом. За свой небольшой трудовой стаж, он неоднократно поощрялся за отличный труд, в том числе с занесением в личное дело.

Но все же хочется отметить другой поступок Андрея. Утром 6 августа 2010 года у Андрея, как и у многих его коллег нашей огромной Родины, начиналось самое обычное дежурство. В 11 часов утра бригада скорой помощи, где Андрей со своими коллегами транспортировали тяжело больного пациента, попала в ДТП. На пересечении улиц XXII Съезда КПСС и III Интернационала карету скорой помощи, идущую со специальными звуковыми и световыми сигналами, не пропустил легковой автомобиль. Столкнувшись с ним, машина скорой помощи вылетела за пределы автодороги, врезалась в дерево и загорелась. Водитель и девушка фельдшер выбрались из кабины самостоятельно. Андрей же с пациентом и сопровождавшим его родственником оказались заблокированными в салоне скорой. Самостоятельно, без посторонней помощи, фельдшер Дятлов выбил заднюю дверь салона автомобиля, эвакуировал из охваченной огнем кареты пациента и его родственника, при этом сам получил ожоги и травмы.

Единственное, что он чувствовал в этот момент, это боль во всем теле. Но нужно было оказывать помощь пострадавшему, и, не обращая внимания на боль, Андрей побежал за своей сумкой в горящую машину... Им же, кстати, был предотвращен взрыв кислородного баллона, поэтому никто из многочисленной толпы, наблюдавшей за зрелищем, не пострадал. По словам самого Андрея, больше всего в этой ситуации его поразило отношение людей: большая толпа зевак просто наблюдала за происходящим. Многие фотографировали и снимали на видео. Помогали всего три человека: женщина и двое мужчин.

Со слов коллег и друзей Андрея, он всегда был мужественным, целеустремленным человеком, не считающим зазорным помогать другим, прийти на помощь в любой критической ситуации – как на работе, так и в повседневной жизни.

Считаем его поступок настоящим боевым подвигом в мирное время, достойным самых высоких наград.

ЧУЖИХ ДЕТЕЙ НЕ БЫВАЕТ!



Акцию под одноименным названием по призыву Ассоциации медицинских сестер России подхватили и провели многие региональные общественные организации, некоторые из которых поделились итогами реализованных добрых дел.

Так, Кировская ассоциация медицинских сестер провела ежегодную акцию «Помоги детям», приурочив ее к Всемирному дню психического здоровья. В детском отделении Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева эту акцию очень ждали. Кировская ассоциация и ООО «Строймост» подарили маленьким пациентам настольные игры, канцтовары, новую красивую и функциональную корпусную мебель.

Кемеровская профессиональная организация приняла участие в обширной информационной кампании, в рамках которой в пользу детей, оставшихся без попечения родителей, удалось собрать игрушки, книги, одежду – подарки на сумму более 500 тыс. рублей. Улыбки, смех, радость в глазах детей бесценны! Кемеровская ассоциация планирует включать такие акции в план своих работ ежегодно.

Воодушевленные призывом РАМС коллеги из Новосибирской ассоциации перечислили 25 тыс. рублей благотворительному фонду Новосибирска «Солнечный город» на проведение праздничной благотворительной акции «Письмо Деду Морозу».

Яркий, добрый, теплый, красивый праздник детям помогла организовать и Ивановская общественная организация медицинских сестер. □





Успехи сестринской службы в неонатологии: опыт организации помощи недоношенным детям Ленинградской области



■ Ольга ПЯКЕЛЬ

Старшая медсестра ОЭПКМП (отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи) ЛОГУЗ ДОКБ, заместитель председателя секции неонатальных медсестер РАМС. Стаж работы в неонатологии – 20 лет. oiga32@yandex.ru

Согласно Декларации ООН о правах ребенка государство обязано обеспечить защиту жизни и здоровья детей независимо от экономического положения общества. Реализация этого положения с первых минут жизни недоношенного новорожденного ребенка непосредственно зависит от работы медицинского персонала.

По данным Минздравмедпрома, в 1985 году каждый 11-й младенец родился больным или заболел в неонатальном периоде, в 1989 году – каждый 8-й, в 1992–1993 годах – каждый 5-ый. К 2013 году доля здоровых новорожденных в популяции РФ может снизиться до 15–20% при сохранении низкого уровня рождаемости. Существенный вклад в рост данного показателя

вносят недоношенные дети. Ранняя неонатальная смертность в России до сих пор остается основной составляющей младенческой смертности.

Сейчас могут выжить даже дети, появившиеся на свет на 25-й неделе беременности. Хотя в дальнейшем у них чаще наблюдаются задержки развития, они более подвержены болезням, и смертность среди таких детей в последующий период младенчества более высокая.

Каков же шанс выжить у недоношенного ребенка? Выживаемость напрямую связана с массой тела при рождении и адекватной организацией выхаживания. По последним данным, среди новорожденных с массой тела от 500 до 700 г выживают 43 процента; с массой от 700 до 1000 г – 72 процента. Это

цифры средние, в разных клиниках они различны.

Недоношенный ребенок требует пристального внимания, в процессе его выхаживания нередко возникает ряд проблем. Прежде всего, это относится к детям, родившимся с массой тела 1500 г и меньше – «глубоконодошенным» и к детям с массой тела менее 1000 г – «экстремально недоношенным».

До середины 70-х годов врачи были обязаны спасать новорожденных, которые родились живыми на 28-й неделе беременности с весом не менее 1000 г. Но в 1975 году Всемирная организация здравоохранения рекомендовала считать младенцев жизнеспособными, если они появились на свет не ранее 22-й полной недели и масса их тела достигла 500 г. Россия присоединилась к странам, выполняющим рекомендации ВОЗ с 1 января 1993 года.

Конечно, в Москве, Санкт-Петербурге и других крупных городах и раньше были клиники, в которых медики пытались решать эту проблему. Но подходили они к ней в основном с научной, исследовательской точки зрения. За прошедшие десять лет мы обучили персонал, освоили специальную аппаратуру и лабораторные приборы. Ничего нового для выхаживания глубоконедоношенных детей придумывать нам не приходится, мы стараемся брать готовые технологии и пользоваться опытом западных коллег, у которых в этом вопросе больше практических знаний. Конечно, дети с экстремально низкой массой тела, по статистике, рождаются редко: от всех недоношенных малышей 0,01%. Если смотреть на цифры, это, конечно, ни-

чтожно мало, но за цифрами стоит судьба маленького человечка и его родителей. Из десяти глубоконедоношенных детей четверо становятся инвалидами, но шестерых мы можем выводить, они социально адаптируются.

Общенациональное исследование показало, что тяжелые и среднетяжелые нарушения развития наблюдаются у двух из трех выживших 23–24-недельных младенцев.

Одним из крупнейших многопрофильных медицинских комплексов страны, оказывающих помощь, в том числе недоношенным новорожденным детям, является Ленинградская областная детская клиническая больница. В этом учреждении, территори-

Сейчас могут выжить даже дети, появившиеся на свет на 25-й неделе беременности. Хотя в дальнейшем у них чаще наблюдаются задержки развития, они более подвержены болезням, и смертность среди таких детей в последующий период младенчества более высокая.

ально расположенном в Санкт-Петербурге, проходят лечение дети Ленинградской области. Здесь работают специалисты высокой квалификации, в полном объеме оказывающие специализированную консультативно-диагностическую и лечебную помощь в амбулаторных и стационарных условиях, имеющие возможность выявлять широкий спектр болезней на самых ранних стадиях.

Больница имеет ряд хорошо развитых подразделений, широко известных как в Ленинградской области, так и во всей России.

По данным исследования, проведенного на отделении реанимации новорожденных ЛОГУЗ ДКБ, количество недоношенных новорожденных детей со сроком гестации до 30 недель в нашем регионе увеличилось за 4 года (с 2005 по 2009 гг.) почти в два раза, а число недоношенных новорожденных со сроком гестации более 32 недель уменьшилось.

Все крупные областные центры имеют свои родильные дома или родильные отделения. К сожалению, нехватка кадров в родильных домах Ленинградской области – в частности, круглосуточного неонатолога, который мог бы обеспечить круглосуточное наблюдение за тяжелыми новорожденными детьми, остается по-прежнему актуальной. Однако хочется отметить, что проблема нехватки современной следящей и дыхательной аппаратуры в ряде родильных домов сегодня стоит уже не так остро.

Оказание помощи и выхаживание недоношенных детей делится на несколько этапов.

Первый этап – это родильный дом. При рождении ребенка с ЭНМТ оптимально присутствие неонатолога, имеющего большой опыт работы именно с такими крайне незрелыми детьми. Опытный специалист необходим, так как должна быть уверенность в том, что такие процедуры, как интубация, вентиляция легких, будут проведены умело и без травмы. Кроме того, клиницист должен принять верное и очень ответственное решение – целесообразно ли начинать и как долго продолжать первичную реанимацию.

После оказания необходимой реанимационной помощи и стабилизации состояния необходимо:

1. Обеспечить микроклимат – оптимально кювез (80% влажность), контролировать температуру тела.
2. Получить доступ к вене.
3. Оценив тяжесть состояния ребенка, начать инфузионную терапию.
4. Идеально, контролировать АД, PS, SaO₂.
5. Корректировать респираторную поддержку.
6. Оценить состояние микроциркуляции.

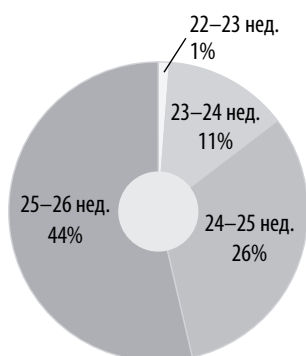
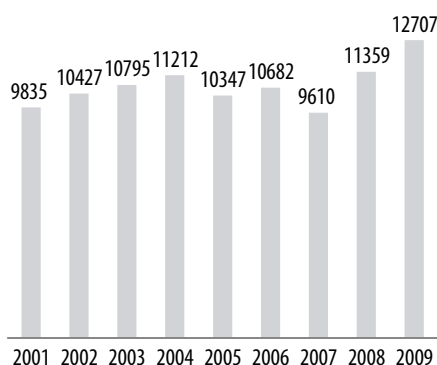


Рис. Процент выживаемости недоношенных детей в зависимости от срока гестации



Количество родов в Ленинградской области



Второй этап – консультация. После оказания неотложной помощи и стабилизации состояния новорожденного, врач-неонатолог областного родильного дома обращается за консультативной помощью в Реанимационно-консультативный центр Детской областной клинической больницы.

Дежурный врач анестезиолог-реаниматолог РКЦ по телефону консультирует врача родильного дома по всем интересующим его вопросам – обговаривается интенсивная терапия, респираторная терапия, план обследования с учетом состояния конкретного новорожденного и возможностей данного родильного дома.

Третий этап – выезд на место реанимационной бригады. При необходимости в родильный дом из ЛОГУЗ ДКБ выезжает реанимационная бригада, которая проводит необходимые лабораторные исследования, корректирует терапию, а при возможности госпитализирует новорожденного ребенка в ЛОГУЗ ДКБ или другое лечебное учреждение Санкт-Петербурга.

К сожалению, реанимационное отделение в Детской областной клинической больнице имеет всего шесть мест для новорожденных детей. В связи с ограничением количества мест

для перевода недоношенных детей в лечебные учреждения Санкт-Петербурга увеличивается количество детей, оставленных на лечение на месте, т. е. в областном родильном доме. Оснащение родильных домов и квалификация медицинского персонала не предназначены для оказания длительной реанимационной помощи недоношенному ребенку, поэтому при оказании консультативной помощи перед выездной реанимационной бригадой РКЦ встают следующие задачи:

1. Наладить адекватную респираторную поддержку.
2. Обеспечить доступ к центральной вене.
3. Объяснить дежурному персоналу особенности работы аппаратуры, особенности ухода за недоношенным ребенком, за венозным катетером и др.

Для решения этих задач выездная бригада имеет следующие возможности:

1. Наличие респираторной и другой аппаратуры, которую при необходимости можно оставить на месте во временное пользование.
2. Высокая квалификация медицинского персонала. Так, все медицинские сестры отделения имеют высшую квалификационную категорию, владеют

техникой постановки центральной вены (венозной линии), имеют стаж работы более 15 лет и при необходимости могут обучить или проконсультировать персонал родильных домов по вопросам работы с недоношенными детьми, требующими реанимационной помощи.

В состав неонатальной реанимационной бригады входят:

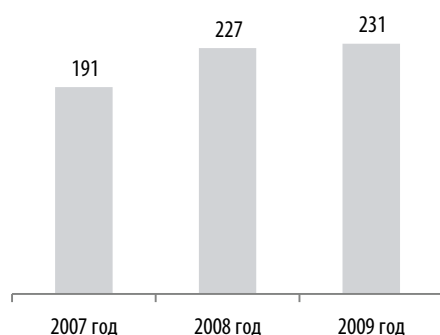
1. Врач анестезиолог-реаниматолог.
2. Медицинская сестра-анестезист.
3. Водитель.
4. При тяжелой врожденной патологии или при подозрении у новорожденного ребенка внутрижелудочкового кровоизлияния (ВЖК) в бригаду может быть включен врач-нейрохирург вместе с аппаратом УЗИ (для проведения на месте нейросонографии).
5. На пути в областное ЛПУ в бригаду входит врач-неонатолог родильного дома; при необходимости или при возникновении экстренной ситуации по телефону консультирует врач анестезиолог-реаниматолог.

При наличии мест и если состояние ребенка позволяет осуществить перегоспитализацию, бригада подготавливает новорожденного к транспортировке и осуществляет перевод недоношенного новорожденного в город-



ское лечебное учреждение для проведения дальнейшего обследования и лечения.

Четвертый этап – транспортировка. Ее целью является доставка больного ребенка в стабильном состоянии. Чтобы предотвратить осложнения, вызванные транспортировкой, необходимо достичь по возможности наиболее стабильного состояния перед отправкой из родильного дома.



Количество детей, оставленных на лечение в роддомах

Перевод недоношенного ребенка в зависимости от его состояния осуществляется машиной специализированной скорой помощи, снабженной кувезом, специализированной бригадой и всем необходимым оборудованием для создания оптимальных условий пребывания для недоношенного ребенка.

Пятый этап – выхаживание ребенка в стационаре. После поступления новорожденного ребенка на реанимационное отделение Детской областной клинической больницы начинается самый трудный и самый длительный этап выхаживания недоношенных детей. Сколько времени недоношенному ребенку придется провести в больнице?

По данным исследования, основная масса недоношенных детей, прошедших через отделение реанимации и интенсивной терапии, находилась на данном отделении от 1 до 10 дней. А около 10% детей находилось на реанимационном отделении более 28 дней.

Медицинская сестра должна прекрасно знать все анатомо-физиологические особенности недоношенных новорожденных детей, владеть манипуляциями по уходу за недоношенными детьми (туалет новорожденного, владеть техникой постановки мочевого катетера и желудочного зонда, знать

правила кормления ребенка через зонд и с помощью перфузора, владеть техникой постановки периферических и центральных венозных катетеров, знать правила ухода за ними, знать правила ухода за детьми, находящимися на ИВЛ, строго соблюдать правила асептики и антисептики и т. д.).

Для успешной курации недоношенного ребенка нередко самым главным является организация и осуществление оптимального выхаживания в комфортных условиях, а также соблюдение медицинским персоналом канонов биомедицинской этики. Изучение базисных разделов неонатологии помогает педиатрам упредить развитие многих управляемых болезней. Если последние и возникнут, то врач сможет вовремя и правильно скорректировать диагностику и лечение пациентов, а в результате добиться успешной реабилитации и выздоровления. Недостаточная осведомленность об анатомо-физиологических особенностях организма недоношенных новорожденных детей может привести к необоснованной гипердиагностике болезней, излишней терапии и иатрогении.

Основные условия для успешного выхаживания недоношенных детей:

1. Уменьшение негативного воздействия внешних факторов («холодовой стресс», шум аппаратов ИВЛ, громкие разговоры медперсонала, яркий свет, болевые раздражения при инъекциях, пролонгированный осмотр ребенка врачом в кувезе или смена пеленок и т. д.).

2. Охранительный режим (спокойная обстановка в палате).

3. Снижение освещенности в кувезе (можно прикрыть кувез пеленками).

4. Оптимальный тепловой режим в палате и в кувезе (исключить потерю тепла излучением от ребенка на прохладную наружную поверхность).

Все новорожденные дети, рождаясь, переходят от внутриутробного развития к внеутробному, где условия внешней среды для них являются совершенно незнакомыми. Задача сестринского

персонала состоит в том, чтобы в отделении реанимации вышеуказанные условия были созданы и неукоснительно соблюдались. Рассмотрим их более детально.

Одним из наиболее раздражающих для глубоконеодоношенных новорожденных факторов является **яркий свет в палате**. Ученые предполагали, что яркий свет может привести к развитию ретинопатии недоношенных. Световой режим подразумевает включение света в палатах новорожденных в ночное время. Для проведения манипуляций и наблюдения за пациентами необходимо использовать индивидуальные источники света, которые можно разместить около каждого инкубатора или реанимационного столика. В этом случае все остальные дети не будут подвержены яркому свету, в то время как с одним из них будет работать персонал. В дневное время желательно предотвращать попадание прямых солнечных лучей на ребенка. Для этого рекомендуется использовать светозащитные жалюзи на окнах, индивидуальные накидки из плотной ткани на инкубаторы и реанимационные столики. Чтобы лишний раз не беспокоить недоношенного ребенка, а также не прекращать наблюдение за ним, достаточно проводить адекватный мониторинг. Для этого вполне достаточно использовать простой пульсоксиметр.

Уровень шума в палате реанимации новорожденных. Недоношенные



дети, как правило, имеют более высокий риск развития глухоты, а также проблемы с развитием речи и языка в старшем возрасте. Особенно повышен-



ный уровень шума будет влиять на недоношенных новорожденных, получающих ототоксические препараты. Американская ассоциация педиатров рекомендует не превышать уровень шума в палатах интенсивной терапии новорожденных выше 45 Дб. При этом очень важно, чтобы инкубаторы, в которых выхаживаются недоношенные дети, были исправны и не производили шума внутри. Основная причина высокого уровня шума приходится именно на человеческий фактор (до 90%), и лишь 10% производимого шума в отделениях интенсивной терапии производит различная аппаратура (компрессоры, инкубаторы и др.). При этом в основном высокий уровень шума до 90 Дб регистрировался в будние дни с 8 часов утра до 4 часов дня.

Для снижения уровня шума в отделениях новорожденных рекомендуется не допускать громких разговоров и работы радиоприемников около инкубаторов и кроваток. Не рекомендуется оставлять постоянно включенную музыку на постах, особенно в отделениях, где выхаживаются новорожденные группы риска. Ввести «тихие часы», когда шумопродуцирующие процедуры уменьшаются и приглушается свет как напоминание персоналу и родителям о соблюдении тишины. Вести наблюдение за ответными реакциями ребенка на звуковые раздражители. При негативной реакции убрать раздражающий источник шума. По возможности избегать мониторов и аппаратуры, поставленных сверху на инкубатор. Контролировать уровень шума и вибрации инкубаторов. Удалить компрессоры из палат, где находятся новорожденные

дети, в отдельную комнату с хорошей шумоизоляцией. Новорожденный ребенок должен больше общаться с родителями и слышать их голос. Если следовать всем рекомендациям, приведенным выше, то нежелательные эффекты, влияющие на развитие слуха у детей, будут значительно меньше.

Положение ребенка. В силу незрелости и неспособности изменять свое положение в кроватке (инкубаторе, на столике) недоношенные дети, как правило, полностью зависят от действий медицинского персонала. До на-

Только высококвалифицированные медицинские сестры, любящие свое дело и преданные ему, могут справиться с этой нелегкой задачей – выхаживанием недоношенных детей.

стоящего времени в литературе опубликовано достаточное количество рекомендаций по выкладыванию новорожденных в инкубаторах и столиках. В одном исследовании американские ученые обратили внимание на снижение психомоторного возбуждения недоношенных детей в положении на животе в специальных «гнездах» или без них, а также в положении на боку с использованием «гнезд». Такая позиция может оказать наилучшее влияние на снижение психомоторного возбуждения и потенциально сохранять больше энергии недоношенного для роста.

Большую роль в формировании правильного скелета и развития мышечного каркаса играют медицинские сестры и физиотерапевты в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Именно от них зависит, насколько правильно

будет придано положение новорожденному в кроватке. Выбор оптимальной позиции и своевременная смена положения будут значительно влиять на процесс дальнейшего созревания костномышечной системы и развитие нежелательных нарушений опорно-двигательного аппарата у малыша. Выбор правильного положения недоношенного младенца позволит предотвратить нарушения развития конечностей, деформаций черепа и тяжелых двигательных нарушений в будущем.

Мышечный тонус у недоношенных новорожденных, в особенности у детей с экстремально низкой массой тела, снижен, и ребенок не может самостоятельно занять более комфортное для него положение или характерную для его гестационного возраста «позу эмбриона».

Бытует мнение, что недоношенные дети на продленной искусственной интубации должны находиться в положении на спине, в крайнем случае – с повернутой на бок головой, однако это мнение является ошибочным. По результатам многочисленных исследований, не было обнаружено достоверной разницы при использовании различных положений детей, находящихся на ИВЛ, но было отмечено, что в положении на животе оксигенация у младенцев несколько увеличивается. Создание специальных «гнездышек» позволит придать конечностям физиологическое положение. Ребенок сможет «ощущать» свои ручки и ножки, прилагать меньше усилий для движений. Реабилитационный период у таких новорожденных будет занимать меньше времени. Кроме того, определенный мышечный тонус позволит поддерживать более стабиль-

ное артериальное давление в сосудах и снизить продолжительность применения инотропных препаратов, вероятность развития отеков, что часто наблюдается на практике, также будет низка.

Запахи. Из физиологии новорожденных известно, что наиболее развитым является обоняние. Находясь в утробе матери, ребенок чувствует изменения вкуса амниотической жидкости, который зависит от определенной диеты и предпочтений матери, привыкает к ним. Именно по запаху младенец сразу после появления на свет находит грудь матери и потом узнает своих родителей в первые месяцы жизни. Находясь в инкубаторе, и не имея тактильного контакта с мамой, ребенок проявляет более выраженную двигательную активность именно при ее приближении и остается относительно спокойным, когда к нему подходят посторонние люди. Поэтому рекомендуется как можно меньше использовать в обслуживании новорожденного ребенка сильно пахнущие препараты (спирт, различные отдушки кремов и масел), чтобы малыш мог сохранять чувствительность к различным запахам и мог распознавать своих родителей.

Эмоциональная поддержка родителей – один из наиболее важных аспектов выхаживания новорожденных детей. Необходимо создать все условия, чтобы родители могли по возможности больше находиться со своими детьми. Совместное пребывание родителей и младенцев в неонатальных стационарах потребуют определенной культуры общения со стороны медицинского персонала, повысит ответственность врачей и сыграет важную роль в снижении заболеваемости и смертности недоношенных новорожденных.

Исторически наибольшее внимание было направлено на тепловой режим и бактериологические аспекты в окружающем новорожденного мире. Взрыв исследований по ранней стимуляции маловесных детей произошел тогда, когда возникло предположение, что сенсорная стимуляция может

играть огромную роль в неврологическом и физическом созревании и быть решающим фактором в дальнейшем становлении процесса психической деятельности более высокого порядка. Эти работы показали, что если маленького недоношенного ребенка ежедневно стимулировать прикосновениями, часто поворачивать, укачивать, укутывать и беседовать с ним, то функции высшей нервной системы будут развиваться быстрее, и этот процесс будет продолжаться в течение последующих месяцев после выписки из больницы.

В выхаживании недоношенных детей огромная роль принадлежит медицинской сестре.

Только высококвалифицированный персонал, думающий и любящий свое дело, может справиться с этой нелегкой задачей. Медицинские сестры, работающие в отделениях новорожденных, – это особые сестры. В последнее время сформировалось понятие «интенсивный уход», которое представляет собой неотъемлемую часть интенсивной терапии новорожденных. Конечно, мы не можем утверждать, что будущее недоношенного ребенка зависит только от квалификации медицинского персонала. Но от медицинской сестры, участвующей в процессе выхаживания недоношенного ребенка, от ее квалификации, уверенности, личных качеств зависит то, как быстро сумеет он адаптироваться к новым условиям жизни и насколько гладко пройдет этот процесс адаптации, сможет ли недоношенный ребенок избежать тяжелых последствий в ближайшем и отдаленном будущем.

В поддержку развития неонатальной сестринской службы Ассоциация медицинских сестер России проводит национальный конкурс профессиональных достижений среди медицинских сестер, оказывающих помощь самым маленьким пациентам. Прием конкурсных заявок осуществляется в офисе РАМС до 1 мая 2011 года, церемония награждения победителей состоится в рамках Международного конгресса специалистов перинатальной медицины 16–17 июня 2011г.

НОВОСТИ КОРОТКОЙ СТРОКОЙ

Американская ассоциация медицинских колледжей приветствует предложение президента Обамы по бюджету 2012 года, призывающее к повышению государственного финансирования сестринского образования и исследований

В середине февраля президент Обама представил Бюджетный запрос на 2012 год, которым предусмотрено увеличение ассигнований для обучения и исследовательских программ сестринского персонала. Администрация президента осталась приверженной повышению финансирования программ развития сестринских кадров и клиник под управлением медсестер до 333 миллионов долларов, несмотря на сложную финансовую атмосферу. В дополнение к этому бюджетный запрос президента включил повышение финансирования программ Национального института сестринских исследований до 148 миллионов долларов, что станет существенной поддержкой миссии Института по развитию сестринской науки и внедрению инновационных форм работы для повышения качества помощи пациентам.

В своем бюджетном послании президент отметил: «Укрепление первичного здравоохранения играет ключевую роль в реформе системы здравоохранения в США. Повышение доступности медицинских работников в первичном звене способно предотвратить заболевания, гарантировать получение всеми американцами качественной помощи, сократить расходы на здравоохранение за счет снижения потребностей в более серьезном и дорогостоящем лечении, которого можно избежать, предотвратив заболевание на первичном уровне...»

Источник:
Американская ассоциация
медицинских колледжей

11 ФЕВРАЛЯ – ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БОЛЬНОГО

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ЛОКБ ПОДАРИЛИ СВОИМ ПАЦИЕНТАМ ПРАЗДНИК



■ **Людмила Миронова**
Старшая медсестра отделения
нефрологии ЛОКБ

Да не устанем мы, творя добро.
Плутарх

Здоровье не купишь,
Его не продашь,
Здоровье взаимы
И на время не дашь.
И если ты болен,
Скорей поправляйся!
Сегодня твой праздник!
Больной, улыбайся!

Какие только праздники не отмечают во всем мире! Не только каждая профессия имеет свой праздник. Но даже каждый род войск имеет свой собственный день в году! Среди всех этих праздников весьма заметен своей неординарностью такой праздник, как Всемирный день больного. **Всемирный день больного – международный день, призванный привлечь внимание людей к проблемам, с которыми сталкиваются больные люди по всей планете. Этот день – своеобразное социальное мероприятие, которое проводится по всему миру ежегодно 11 февраля.**

Праздник Всемирный день больного был учрежден ныне почившим понтификом Иоанном Павлом II в 1992 году 13 мая. По этому поводу Папа Римский написал особое послание, где подчеркнул, что этот праздник имеет специальную цель. Дата празднования Всемирного дня больного – 11 февраля – была определена не случайным

образом, ведь католики издавна праздновали такую дату как День больного. Именно в этот день произошло знаменитое явление Богоматери во французском местечке Лурд. Святая Лурдская Богоматерь стала символом спасения больных, когда исцелила страждущих.

Конечно, этот день не праздник. Всемирный день больного – это напоминание всем нам, занятым своими делами и проблемами, не оглядывающимся по сторонам, что рядом и вокруг живут люди с разными недугами. Что им нужны внимание и помощь. Что и нас может не миновать чаша сия. И нам будет нужно то же самое – внимание и помощь.

В настоящее время Всемирный день больного отмечают тысячи людей во многих странах мира, вне зависимости от вероисповедания. В этот день проводятся всевозможные акции и мероприятия, направленные на привлечение внимания людей к их здоровью, а общества к проблемам больных – концерты, тематические показы фильмов, обучающие беседы и прочее.

Сотрудники отделения нефрологии ГУЗ ЛОКБ 11.02.2011 года приветствовали своих пациентов в уютном помещении столовой.

Накануне испекли печенье, накрыли столы, предложили пациентам чай.

К данному событию была выпущена стенгазета, рассказывающая об этом дне.

Пациентов встретили представители администрации больницы и отделения.

Было сказано много теплых слов. А слово лечит и без лекарств, если оно доброе и сказано от души. Пациенты отделения были приятно удивлены происходящим, ведь для них это стало сюрпризом.

Наши пациенты забыли, пускай совсем ненадолго, о своих болезнях. Ведь самый главный подарок больному человеку – это наше внимание, сочувствие, сопереживание, моральная поддержка.

5 МАЯ – МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ БОРЬБЫ ЗА ПРАВА ИНВАЛИДОВ

5 мая мировое сообщество отмечает Международный день борьбы за права инвалидов. Ни одна категория граждан не должна остаться без внимания власти. Независимо от национальности, религии, имущественного положения, состояния здоровья.

В России практически всегда говорят – инвалиды. На Западе – люди с ограниченными возможностями здоровья. По сути – одно и то же, но, как считают борцы за права инвалидов, в России инвалиды – одна из самых слабозащищенных категорий населения.

Для России важность и значимость этих событий очевидна – в нашей стране ежегодно признаются инвалидами около 3,5 миллиона человек (в том числе более 1 миллиона человек – впервые). К 2008 году в России насчитывалось более 13 миллионов инвалидов.

Сравнительные исследования законодательства по вопросам инвалидности свидетельствуют о том, что лишь в 45 странах существуют законы против дискриминации инвалидов и другие законы, касающиеся инвалидов. В России часто нарушаются и не соблюдаются права людей с инвалидностью.

В частности, нарушаются права:

- на образование – количество детей-инвалидов школьного возраста составляет 450 тысяч человек, из них примерно 200 тысяч детей-инвалидов не получают образования. И треть детей обучаются сегрегированно от сверстников;
- на трудоустройство – на сегодняшний день в России не более 10% людей с инвалидностью имеют работу;
- на доступную инфраструктуру и транспорт – ни в одном городе России нет системы доступного общественного транспорта и инфраструктуры.

Конвенция ООН о правах инвалидов, принятая 13 декабря 2006 года, призвана изменить сложившуюся ситуацию. Это решение открыло начало новой эры, в которой люди с инвалидностью должны иметь равные со всеми права и возможности, в том числе и в вопросах доступности медицинской помощи.

Международный день акушерки

5 мая 2011 года

АКУШЕРКИ ВСЕГО МИРА ВЫЙДУТ НА УЛИЦЫ, ЧТОБЫ ПРИВЛЕЧЬ ВНИМАНИЕ К ПРОБЛЕМАМ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

В этом году Международная конфедерация акушерок призывает специалистов всего мира выйти на улицы городов в свой профессиональный праздник – 5 мая – и пройти 5-километровый марш в поддержку акции борьбы с глобальным неравенством по вопросам материнской и младенческой смертности, чтобы привлечь внимание местных властей к задачам совершенствования системы организации акушерской помощи. Ежегодно в результате предотвратимых осложнений в процессе родов погибают более 340 тысяч женщин, у миллионов развиваются инфекции, возникает инвалидность. 90% случаев материнской смертности приходится на развивающиеся страны.

Будучи приверженной целям снижения материнской смертности, Международная конфедерация акушерок призывает специалистов по всему миру пройти маршем и привлечь к этой акции максимум внимания:

- Провести акцию публично, довести до общественности ключевые проблемы;
- Подготовить пресс-релизы и распространить их на местном уровне;
- Объединиться со сторонниками при помощи социальных сетей, СМИ;
- Объяснить всем окружающим, почему акушерки вышли на улицы.

Подробную информацию о том, как организовать шествие, вы найдете на сайте Конфедерации: <http://www.internationalmidwives.org>

НОВОСТИ КОРОТКОЙ СТРОКОЙ

По результатам исследования, уровень образования медсестер во Флориде ниже среднего в США

Медсестры штата Флорида отстают от общенациональных тенденций по уровню своего образования, что может негативно отразиться на безопасности пациентов, качестве ухода, возможностях для обучения следующих поколений медицинских сестер в этом штате.

Масштабное исследование зарегистрированных во Флориде медсестер (в анкетировании приняли участие 49385 работников) показало широкое разнообразие кадров, что положительно для пациентов. Тем не менее это же исследование показало, что во Флориде существенно менее высокий процент медсестер имеют степень бакалавра и иные уровни высшего образования, чем в среднем по стране.

Диплом бакалавра или иной диплом высшего образования по специальности имеет только 41% медсестер Флориды, в то время как в среднем в США 50% всех медсестер имеет высшее образование.

Сравнительно низкий уровень образования медсестер влечет не только беспокойство по поводу качества и безопасности лечения пациентов, но и негативные последствия для развития преподавательских кадров, как отметила Донна Нефф, доцент Сестринского колледжа Университета Флориды.

«Флорида это весьма показательный штат для Америки, где ярко выражены тенденции постарения населения, где многочисленные потребности в медицинской помощи очень высоки. Следовательно, ответ администрации штата на обозначившиеся вызовы в сфере здравоохранения важен для формирования государственной политики здравоохранения», – отметила Линда Айкен, соавтор исследования, директор Межрегионального Центра исследований сестринского ухода и безопасности пациента Университета Пенсильвании и многолетняя жительница Флориды.

«Полученные результаты исследования должны быть использованы чиновниками для разработки стратегий привлечения и сохранения квалифицированных сестринских кадров в нашем штате», – подчеркнула исследователь Донна Нефф.

В информационном сообщении говорится, что Национальный институт медицины вынес рекомендации относительно будущего сестринского дела, согласно которым число медсестер с дипломом бакалавра должно возрасти в США с 50 до 80% к 2020 году, а число медсестер с ученой степенью кандидата наук – удвоиться к этому же сроку, чтобы пополнить состав преподавательских кадров и число медсестер-исследователей. Нехватка последних во Флориде очевидна – тысячи абитуриентов ежегодно получают отказ в обучении от медицинских колледжей в связи с недостатком преподавателей.

Источник:
Центр Медицинских Наук
Университета Флориды



НЕ ЗАБЫВАЙТЕ СВОИ КОРНИ:

12 ПРИЗНАКОВ ВЫСОКОМЕРИЯ

К сожалению, и в сестринской профессии нередко встречается такое явление – вчерашняя медсестра, став старшей, главной медсестрой, а то и более крупным руководителем, ставит превыше всего заботу о собственном «высоком» статусе и совершает на этом пути непоправимые ошибки. Такая медсестра часто становится «недосыгаемой» для рядовых сотрудников – к ней сложно обратиться с вопросом или просьбой, у нее особый взгляд на все, не предполагающий обмена мнениями, дискуссии, предложений извне. Ни сестринской профессии, ни сестринскому сообществу такие «начальники» не нужны. Точнее, не нужны проявления их «величия» не к месту и не ко времени – в общении с теми, кому они призваны помогать и кого должны поддерживать. Рекомендую таким руководителям реализовывать свои «властные начала» в кабинетах вышестоящих управленцев, отстаивая интересы своего коллектива, предлагаем всем действующим и будущим руководителям сестринских служб и ассоциаций обратить внимание на советы бизнес-элиты!

Итак, если карьера идет в гору, удача сама плывет в руки, насторожитесь! Уже завтра вы можете стать героем глумливых шуток коллег и подчиненных. А все из-за вашей гордыни. Предлагаем список из 12 симптомов обостренного чувства величия. Приятно чувствовать себя опорой организации, учреждения. Коллеги и начальство восхищаются тобой, всегда советуются, приводят в пример молодым специалистам. А что если вы дутый профи, который только цепляется за прежние достижения и статус?

Портал **Businessweek** подсказывает 12 признаков, намекающих, что пора бы спуститься с небес на землю.

Итак, стоит задуматься о переменах в жизни, если вы:

1 Рубите на корню все вопросы. Власть и репутация заставляют вас верить, что вы – непотопляемый. Любые вопросы и предостережения от коллег воспринимаются вами как дополнительные барьеры в работе.

2 Противитесь переменам. Предпочтения квалифицированным специалистам, услуги, технологии, обмен опытом, внутренний распорядок организации – вы внедрились все это и теперь накидываетесь с кулаками на любого, кто посмеет только заикнуться, что можно делать иначе.

3 Больше не интересуетесь мнением других. Это раньше вы были молодой и неопытной, постоянно задавали вопросы, а теперь вы выросли и все знаете сами.

4 Возвышаетесь над командой. Управлять войском надо на расстоянии – вот ваш новый девиз. Сотрудники и пациенты вас практически не видят, потому что ваша голова занята куда более важными делами.

5 Работаете механично. Вы перестаете переосмысливать и проверять на прочность свои предположения и задумки.

6 Поглядываете на коллег свысока. Люди вокруг – лишь инструмент на пути к вашим целям. Вы уверены, что коллеги никогда не справятся с тем, что умеете вы, к тому же это окружающие должны зарабатывать ваше уважение, а не наоборот.

7 Забываете «смотреть в зеркало». Вы замечаете все мелочи вокруг, а про себя забываете. Как любой талант, вы мало заботитесь о том, как ваше поведение выглядит со



стороны: если кого-то что-то не устраивает, то это его проблемы.

8 Перестаете подгонять себя. Ваша репутация сверкает безупречностью, а за плечами сотни подвигов. Вы живете с чувством, что соперникам потребуются годы, чтобы догнать и перегнать вас. Можно спокойно закинуть ноги на стол и забыть про конкуренцию.

9 Забываете, что удержаться на вершине сложнее, чем забраться туда. Вы знаете все тонкости работы организации/учреждения, поэтому теперь можно уделять делу меньше времени, усилий и точно-сти в своих действиях.

10 Постоянно напоминаете о своих подвигах. Когда-то вы отличились новаторским или просто ценным решением, благодаря которому люди поверили в вас и уважали вас как лидера. Теперь вы не упускаете шанса напомнить остальным, какой вы молодец и что без вас организация – ничто.

11 Думаете только о статусе. А что если кто-то сместит вас с пьедестала? Этот вопрос мучает вас особенно остро. Лишний раз вы уже не рискуете, чтобы избежать провала. А любого, кто способен вас затмить, уничтожаете в зародыше.

12 Цепенеете, когда происходит что-то неладное. Неожиданные трудности поражают вас: «Как это могло произойти со мной? Этого не может быть!». Возможно, именно такой пинок судьбы даст знать, что вы слишком задрали нос.

ЛОЖЬ ВО СПАСЕНИЕ

РАЗРЕШЕНИЕ КОНФЛИКТА ИНТЕРЕСОВ ПАЦИЕНТА И ЕГО БЛИЗКИХ –
ОДНА ИЗ НАИБОЛЕЕ ЭТИЧЕСКИ СЛОЖНЫХ ЗАДАЧ МЕДИЦИНЫ



■ Джон Туи

Доктор философии,
Директор Центра медицинской этики
Клиники Провиденс – Орегон
Портланд, Орегон, США

Клиническая ситуация

Письмо жены больного, страдающего эндогенным психическим заболеванием, которое диагностировали 10 лет назад и скрыли от жены:

«Медицинский персонал утаил от меня, что муж страдает психическим заболеванием. Я родила второго ребенка. В течение 10 лет я поняла, что муж тяжело болен, что его заболевание прогрессирует. В настоящее время его снова положили в больницу. На этот раз меня было трудно обмануть. Врачи только подтвердили, что это не неврастения, а настоящее психическое заболевание (какое, мне не сказали). Что вышло из святой лжи врачей? Мне не мил белый свет, я не хочу жить. Страшно сознавать, но я хочу смерти мужа и своей. Если бы в 26 лет мне честно все сказали, я разошлась бы с мужем и устроила свою судьбу. Я хочу сказать, что ваша "святая ложь" все равно раскрывается. Сейчас я говорю: "Будьте вы прокляты со своей ложью!"»

Анализ ситуации

Эта ситуация представляет большой интерес с точки зрения принципов конфиденциальности и частного дела. А поскольку эндогенное психическое заболевание рассматривается как генетическое, ситуация становится еще

более интригующей, ведь генетическая информация находится под наиболее высокой степенью защиты. Еще более осложняют ситуацию интересы третьих лиц, в нашем случае – супруги пациента, а также возможность этой пары иметь детей, следовательно, и нести риск передачи детям генетического заболевания. Столь сложную ситуацию мы постараемся проанализировать с точки зрения принципов частного дела и конфиденциальности.

В первую очередь, нам следует провести разграничение двух концепций – частного дела и конфиденциальности. Этическое определение конфиденциальности выходит за рамки общепринятого юридического толкования концепции частного дела. Частное дело в целом означает защиту информации от других лиц, кроме случаев, когда имеется прямое разрешение поделиться

надежно спрятана и никому недоступна, в иных случаях бережное обращение означает, что информация может быть вверена другому лицу. Разглашение информации с точки зрения частного дела возможно лишь по требованию, по заявленной «необходимости ознакомиться с информацией». Стандартом бережного обращения с информацией с точки зрения принципа конфиденциальности является роль информации в поддержании гармоничной жизни сообщества лиц, в данном случае – супругов и семьи. С точки зрения принципа частного дела задача доказательства «необходимости ознакомиться с информацией» возлагается на третью сторону. С точки зрения принципа конфиденциальности необходимости в демонстрации доказательств нет, его заменяет профессиональное обязательство человека, которому информация вверена, управлять имеющимися сведениями во благо сообщества лиц, к жизни которых данная информация имеет непосредственное отношение.

Резюмируя, отметим, что принцип частного дела позволяет разглашение информации лишь в том случае, если есть реальный и серьезный риск – обычно физическая угроза – в случае неразглашения информации, т. е. должна быть продемонстрирована «необходимость в ознакомлении с информацией». Принцип конфиденциальности требует сопоставления пользы или вреда сообществу лиц в случае разглашения или неразглашения информации.

Согласно принципу частного дела разглашение информации возможно лишь в том случае, если имеется серьезный и реальный риск (физическая угроза жизни и здоровью) в случае неразглашения информации; согласно

Согласно принципу частного дела разглашение информации возможно лишь в том случае, если имеется серьезный и реальный риск (физическая угроза жизни и здоровью) в случае неразглашения информации; согласно принципу конфиденциальности вопрос о разглашении или неразглашении информации решается на основании объективной оценки и сопоставления пользы и вреда сообществу лиц, семейной паре.

этой информацией или продемонстрирована «потребность в информации» со стороны третьих лиц. Конфиденциальность имеет значение вверения информации другому человеку с условием бережного с ней обращения. Концепция частного дела подразумевает, что информация не будет разглашена, в то время как точный смысл бережного обращения с информацией с точностью не определен.

В ряде случаев бережное обращение с информацией означает, что она

принципу конфиденциальности вопрос о разглашении или неразглашении информации решается на основании объективной оценки и сопоставления пользы и вреда сообществу лиц, семейной паре.

В рассматриваемой нами ситуации сообществом лиц является семейная пара с двумя детьми. Основопологающим требованием для сохранения гармонии в семье является доверие и взаимопонимание между супругами. Опыт говорит нам о том, что секреты – не лучшие помощники в поддержании доверия, взаимопонимания и гармоничного союза, поэтому мы можем исходить из предположения в пользу информирования супруги, а не из необходимости доказывать, что для нее имеется какой-либо риск. Вероятно, что физического риска, который можно предотвратить, поделившись информацией о диагнозе супруга, в данном случае нет. Речь может идти скорее об эмоциональном уроне, наносимом в повседневном общении с больным человеком. Далеко не все клиницисты или специалисты по этике согласятся с тем, что предотвратить нанесение такого вреда нельзя никаким другим способом кроме как разглашением информации и о диагнозе супруга. Такие специалисты чаще всего склоняются к тому, чтобы сделать для женщины заключение о том, что ее муж сложный человек, и дать рекомендации по совместной жизни с ним, что не потребует разглашения генетической информации. Очевидно, что эта тактика может помочь ей справиться и принять эту ситуацию, что вовсе не будет автоматической гарантией дальнейшей гармоничной семейной жизни. Гармония сообщества лиц, гармония семьи, как мы уже говорили, требует доверия и взаимопонимания, а не включения механизмов преодоления и переживания ситуации. По моему убеждению, в интересах гармонии супружеского союза жене необходимо понять, почему ее муж является столь трудным человеком, т. е. применить к данной ситуации принцип конфиденциальности, даже в том случае, если жена не сможет доказать своего права на информацию исходя из принципа частного дела.

Некоторые могут выдвинуть тезис о том, что физический риск испытывают будущие дети, точнее, они испытывают

не физический риск сам по себе, но риск быть рожденными с этим генетическим заболеванием. Такое утверждение проблематично по целому ряду причин. Во-первых, по крайней мере в США, данное заболевание не вошло в 4 издание «Справочника диагностики и статистики психических заболеваний», в среде специалистов имеются расхождения во мнении по поводу генетической природы этого заболевания. Поскольку не доказано, что данное заболевание является генетическим, неизвестно, будет ли наследование аутосомно-доминантным, т. е. несущим 50% риск заболевания каждому ребенку, либо аутосомно-рецессивным, т. е. несущим 25% риск наследования болезни, либо вовсе не несущим риска при условии того, что мать детей данным заболеванием не страдает. Поскольку у нас нет возможности оценить и подтвердить риск здоровью будущего ребенка, мы не можем утверждать, что со стороны матери представлена «необходимость в ознакомлении с информацией» с целью защиты будущего ребенка, как это предписано принципом частного дела. Однако рождение детей является совместным решением семьи, принимаемым каждым из его членов. Даже если есть незначительная вероятность передачи генетического заболевания, недостаточная для разглашения медицинской информации, она может быть достаточна для обоих супругов для принятия решения об отказе от рождения детей в принципе. Кроме того, семья может принять решение о том, что им будет достаточно одного здорового ребенка и откажется от рождения второго в связи с наличием у одного из родителей генетической болезни. В данной ситуации не прослеживается очевидной «необходимости в ознакомлении с информацией», но понятие бережливого обращения с информацией,



проистекающее из концепции конфиденциальности, говорит мне о том, что для поддержания гармонии в жизни семейной пары жене следовало бы узнать о диагнозе мужа.

В описании данной ситуации не уточняется, по какой причине информация о диагнозе не была доведена до жены – как следствие возражений ее мужа, либо как следствие самостоятельного решения врачей не сообщать ей о заболевании. Если бы данный случай рассматривался только с точки зрения юридической нормы частного дела, то специалистам было бы сложно доказать «необходимость в ознакомлении с информацией» со стороны супруги. Если же проанализировать ситуацию через призму принципа конфиденциальности, т. е. вверения информации для бережного с ней обращения во благо сообщества лиц, тогда право супруги пациента на информацию будет оправдано. Врач в данной ситуации не должен был самостоятельно принимать решение о сохранении диагноза в тайне от супруги; если предположить, что пациент обращался к врачу с такой просьбой, то профессиональный и этический долг врача состоял в том, чтобы убедить пациента изменить свое мнение и сообщить диагноз своей супруге.

Профессиональная этика

ПАЦИЕНТЫ ОТМЕЧАЮТ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ РОСТ ОБЪЕМА ПОМОЩИ И ВНИМАНИЯ СО СТОРОНЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР



■ Ольга КАЛИНЮК

Главная медицинская сестра
ГУЗ «КБВЛ № 4»,
председатель комитета ЗРОО
«Профессиональная ассоциация
медицинских специалистов»
по профессиональной этике,
г. Чита, Забайкальский край

Степень удовлетворенности пациента является одним из наиболее важных критериев оценки качества медицинской помощи. И каждый работник должен понимать, насколько значимо соблюдение профессиональной этики в достижении высоких результатов. Именно этой проблемой с 2002 г. занимается Этический комитет Профессиональной ассоциации медицинских специалистов Забайкальского края.

Основные задачи комитета:

- Повышение престижа и авторитета сестринской профессии.
- Привлечение внимания сестринского персонала к вопросам соблюдения норм Этического кодекса медицинских сестер России.
- Организация системы обучения сестринского персонала принципам, правилам, нормам сестринской этики.
- Защита интересов и прав пациентов и медицинских сестер.
- Распространение передового опыта применения этических норм в практической деятельности медицинских сестер.

- Контроль соблюдения сестринским персоналом этических норм при осуществлении профессиональной деятельности.

Работа комитета целенаправленно и планомерно строится на основе мониторинга мнения пациентов, медицинских сестер о качестве сестринской помощи, о работе организаторов сестринского дела.

С учетом специфики работы лечебно-профилактических учреждений разработаны анкеты для медицинских работников и пациентов. Их формы утверждены министром здравоохранения Забайкальского края Б.П. Сормоловым.

Опрос проводится среди пациентов и медицинских работников ежеквартально. Внутри лечебных учреждений этим занимаются члены Этического комитета и независимые эксперты – студенты медицинского колледжа и преподаватели отделения повышения квалификации. В районных ЛПУ анкетирование осуществляется силами выездной аттестационной комиссии.

Результаты позволяют оценить качество оказываемой сестринской помощи, помогают определить приоритетные направления для улучшения работы и оперативно принимать меры по устранению ошибок и недостатков.

С 2004 г. в анкетировании приняли участие более 10 тыс. респондентов.

Результаты рассматривались на заседаниях правления ассоциации, публиковались в газете «Будьте здоровы!», а также доводились до сведения медицинских сестер на научно-практических конференциях по специальностям в рамках зачетно-накопительной системы.

Проводимые нами исследования позволили определить направления работы Этического комитета и обозначить ориентиры работы других комитетов.

На начальном этапе анкетирования многие пациенты отмечали, что обуче-

нием, связанным с вопросами здоровья, заняты преимущественно врачи. В настоящее время ситуация меняется – все больше школ здоровья проводится силами медсестер.

Улучшилась работа по созданию профилактических сестринских программ. В настоящее время в ЛПУ созданы специализированные профильные школы, в которых работают медицинские сестры.

В 2002 г. 90% опрошенных пациентов не знали фамилий, имен, отчеств медицинских сестер. В 2008 г. эта цифра значительно уменьшилась и составляла 40% в поликлиниках города и центральных районных больницах, а к 2010 г. этот показатель снизился до 30%. Для достаточной информированности пациентов все кабинеты в лечебных учреждениях оснащены специальными табличками, пиктограммами, персонал имеет бейджи с указанием ФИО, должности, уровня образования и квалификационной категории.

Интересна и показательна динамика (по годам) мнения пациентов о времени, которое медсестра затрачивает на уход и обучение пациента. В 2004 г. – это лишь 6%, но внедрение сестринского процесса позволило увеличить этот показатель до 19% в 2005 г., в 2007 г. он достиг 35, в 2008 г. – 37, а к 2010 г. увеличился до 48%. Нами было выявлено, что такое повышение связано с тем, что в стандарт выполнения ТПМУ включен раздел об информированном согласии пациента, в связи с чем у медсестры больше времени уходит на объяснение.

Пациенты отмечают, что качество ухода улучшилось, а внимания со стороны среднего медицинского персонала им уделяется больше. В 2002 г. две трети пациентов просили медсестер быть более милосердными. Сегодня в анкетах эти просьбы звучат гораздо реже.

Любая работа требует обучения специалистов. В декабре 2007 г. двое сотрудников Этического комитета Профессиональной ассоциации принимали участие в работе российско-американского семинара «Этика в здравоохранении», который проводился Ассоциацией медсестер России в Санкт-Петербурге. На этом мероприятии была рассмотрена информация о роли и функции этических комитетов и клинической модели для принятия решений в сестринской практике. После семинара были внесены некоторые поправки и уточнения в Положение об этическом комитете.

На конференции в Санкт-Петербурге (2008 г.) члены нашего комитета приняли участие в работе секции по этике.

В 2010 г. прошла IV Отчетно-выборная конференция РАМС. Представитель нашего комитета работала в секции «Стратегия развития РАМС», в рамках которой велась дискуссия о развитии этических комитетов.

С 2008 г. Этический комитет организует постоянно действующий семинар «Этические и психологические аспекты сестринского дела». Занятия проводятся в ЛПУ по графику. Программа включает лекционный материал и практические занятия в форме дискуссий с ис-

пользованием клинической модели принятия этических решений.

Занятия с медицинскими сестрами проводят преподаватели биомедицинской этики, психологии Читинского медицинского колледжа и члены Этического комитета ассоциации. Семинар организован в рамках накопительной системы постдипломного образования с последующей выдачей «сертификата участника».

Мы считаем, что ситуация изменится к лучшему, если в каждом ЛПУ будет создан этический комитет, а во всех отделениях больниц будут работать медицинские сестры, знакомые с моделью принятия правильного этического решения. Сегодня мы работаем в медицине, а завтра можем стать пациентами и столкнуться с тем, что плохо воспитали свою смену, не смогли привить милосердного и уважительного отношения к больным.

Обучение профессиональной этике нужно начинать с базового уровня образования – именно поэтому по инициативе Этического комитета в Читинском медицинском колледже были внесены изменения в стандарт профессионального образования. На 3-м курсе студентам отделения «сестринское дело» читается 32-часовой курс по био-

медицинской этике на основе специально разработанной программы.

В программы циклов специализации и усовершенствования отделения постдипломного образования также включен раздел, посвященный основам биомедицинской этики и прав пациента.

Одним из критериев качества сестринской помощи при проведении ранжирования практикующих медицинских сестер является соблюдение норм Этического кодекса медицинских сестер России и основных прав пациента. Сестринский персонал понимает, что пренебрежение этическими нормами ведет к снижению рангового места.

В ежегодный экзамен на профессиональную компетентность для медицинских сестер ЛПУ введен зачет по этике и деонтологии, а в программы краевых конференций по специальностям включаются доклады по психологии общения и этической тематике.

Надеемся, что работа Этического комитета Профессиональной ассоциации медицинских специалистов послужит формированию навыков профессионального поведения персонала и повысит качество сестринской помощи в нашем регионе.

Детские сестры объединяются

В МОСКВЕ СОСТОЯЛСЯ ПЕРВЫЙ ФОРУМ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ МЕДСЕСТЕР

■ **Белочкина А.В.**
Главная медсестра ЛОГУЗ ДКБ

С 14 по 17 февраля 2011 г. в г. Москве в рамках XV Конгресса педиатров России впервые состоялся I Форум детских медицинских сестер России. В этом форуме благодаря поддержке Ассоциации, ее региональных отделений приняли участие делегаты различных субъектов Российской Федерации – Республики Саха (Якутия), Татарстана, Алтайского, Красноярского, Пермского, Забайкальского краев, Томской, Тверской, Кемеровской, Новосибирской, Калужской, Ивановской, Ленинградской, Архангельской и других областей.

Участники форума были предоставлены руководителями сестринских служб субъектов Федерации и Ассоциации медицинских сестер России, главными, старшими и медицинскими сестрами стационарных и амбулаторно-поликлинических и образовательных учреждений, домов ребенка, учеными, представляющими академическую и вузовскую науку, преподавателями сестринского дела в педиатрии.

Среди основных тем форума звучали вопросы организации грудного вскармливания, социального сиротства, сестринского образования в России и за рубежом, роли и места медицинских сестер в процессе внедрения высоких технологий, юридические и этические аспекты работы.

Программа I Форума была построена в форме школы повышения квалификации с учетом существующих проблем. В рамках программы были проведены научно-практические симпозиумы, на которых было сделано 39 докладов, проведено 2 круглых стола, 2 мастер-класса, прочитаны лекции профессорами.

На симпозиумах много внимания уделялось технологиям, связанным с оказанием медицинской помощи, в том числе реабилитационной, детям первого года жизни, проблемам формирования здорового образа жизни детей и подростков, а также самих медицинских сестер.

В рамках I Форума участники посетили медицинскую специализированную выставку «Охрана здоровья детей – новые тех-

нологии 2011» и ознакомились с достижениями медицинской техники, фарминдустрии, представленными ведущими отечественными и зарубежными производителями.

По результатам работы и подведению итогов I Форума детских медицинских сестер России была принята резолюция и сформирована комиссия для подготовки научной программы следующего форума детских медицинских сестер во главе с Двойниковым С.И., д. м. н., профессором, главным специалистом по сестринскому делу МЗСР РФ.

Профессиональный комитет Ассоциации приглашает педиатрических медсестер к участию в работе специализированной секции РАМС (tvd@kuzdrav.ru)

ОФОРМЛЯЕМ ЛЬГОТНУЮ ПЕНСИЮ

ВОПРОС:

В ПЕНСИОННОМ ФОНДЕ МНЕ УСТАНОВИЛИ ГОД ПОЛУЧЕНИЯ ДОСРОЧНОЙ ПЕНСИИ ПО ВЫСЛУГЕ ЛЕТ – 2015 ГОД. ПРАВОМЕРНО ЛИ ЭТО С УЧЕТОМ МОЕГО СТАЖА?

Городской стаж:

- 29.03.88–18.08.89 – м/с травматологического отделения областной больницы.

Сельский стаж:

- 07.09.89–22.02.1990 – курорт «Сергиевские минеральные воды» м/с грязелечебницы;
- 28.02.1990–24.04.1997 – м/с тер. отд. Сергиевское ТМО;
- 25.04.97–31.08.2003 – фельдшер отделения скорой мед. помощи Сергиевской ЦРБ;

- 01.09.2003–15.09.2003 – м/с поликлинического отд. МУЗ «ЦРБ»;
- 16.09.2003 по настоящее время – м/с приемного отделения МУЗ «ЦРБ».

За период с 01.11.99 – работала полный рабочий день на полную ставку (1,0).

За период работы 29.03.1988–18.08.1989 – имею право на льготное исчисление спец. стажа за 1 г. – 1 г. 6 мес., как м/с травм. отд.

Областной больницы им. Калинина г. Куйбышева.

За период с 07.09.1989 по настоящее время – имею право на льготное исчисление спец. стажа за 1 г. – 1 г. 3 мес., за работу в сельской местности.

1. Отпуск без сохранения зарплаты 22.09–05.10.2004.

2. Отпуск по уходу за ребенком: 14.01.1991–11.05.1992; 05.04.1998–31.12.1999.

ОТВЕТ:

Ассоциация медицинских сестер России, рассмотрев Ваше обращение о назначении досрочной пенсии по старости, разъясняет, что в соответствии с п/п. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона от 17.12.2001 № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» трудовая пенсия по старости назначается ранее достижения возраста, установленного ст. 7 указанного Закона, лицам, которые осуществляли лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения не менее 25 лет в сельской местности и поселках городского типа и не менее 30 лет в городах, сельской местности и поселках городского типа либо только в городах, независимо от их возраста.

Списки соответствующих работ, производств, профессий, должностей, специальностей и учреждений (организаций), с учетом которых назначается трудовая пенсия по старости в соответствии с пунктом 1 ст. 27 Федерального закона от 17.12.2001 № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», правила исчисления периодов работы (деятельности) и назначения указанной пенсии при необходимости утверждаются Правительством Российской Федерации.

Постановлением Правительства РФ от 29.10.2002 № 781 утверждены:

1) Список должностей и учреждений, работа в которых засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, в соответствии с подпунктом 20 пункта 1 статьи 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» (далее – Список);

2) Правила исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, в соответствии с подпунктом 20 пункта 1 статьи 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» (далее – Правила).

Также установлено, что при исчислении стажа работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения, подлежит применению законодательство, действовавшее на

время выполнения указанной работы, в том числе:

– Список профессий и должностей работников здравоохранения и санитарно-эпидемиологических учреждений, лечебная и иная работа которых по охране здоровья населения дает право на пенсию за выслугу лет в соответствии со статьей 81 Закона РСФСР «О государственных пенсиях в РСФСР», утвержденный Постановлением Совмина РСФСР от 06.09.1991 № 464 (утратил силу в связи с изданием Постановления Правительства РФ от 29.10.2002 № 781);

– Список должностей, работа в которых засчитывается в выслугу, дающую право на пенсию за выслугу лет в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения, и Правила исчисления сроков выслуги для назначения пенсии за выслугу лет в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения, утвержденные Постановлением Правительства РФ от 22.09.1999 № 1066 (утратил силу в связи с изданием Постановления Правительства РФ от 29.10.2002 № 781).

В соответствии с п. 5 Правил периоды работы в должностях в учреждениях, указанных в Списке, засчитываются в стаж работы **в календарном порядке**, за исключением случаев применения льготного порядка исчисления стажа указанной работы. В том числе льготный порядок исчисления стажа применяется при подсчете стажа лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения в городе, в сельской местности и в поселке городского типа (рабочем поселке) (год работы в сельской местности или в поселке городского типа (рабочем поселке) засчитывается в указанный стаж работы как год и 3 месяца).

Таким образом, для назначения досрочной пенсии по старости требуется либо **25 календарных лет** стажа лечебной деятельности в сельской местности, либо **30 лет стажа** в городе, сельской местности, поселке городского типа (рабочем поселке), **исчисленного с применением льготного порядка исчисления**.

При исчислении периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, в части, не урегулированной Правилами, применяются Правила исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со статьями 27 и 28 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», утвержденные Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 июля 2002 г. № 516.

В соответствии с п. 5 Правил, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 июля 2002 г. № 516, в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости, включаются периоды получения пособия по государственному социальному страхованию в период временной нетрудоспособности, а также периоды ежегодных основного и дополнительных оплачиваемых отпусков. Таким образом, в настоящий момент **периоды отпусков по уходу за ребенком до**

достижения им возраста 1,5 или 3-х лет в стаж работы по специальности не включаются.

Вместе с тем, учитывая, что при исчислении стажа работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения, подлежит применению законодательство, действовавшее на время выполнения указанной работы, а такое законодательство предусматривало:

Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 22 января 1981 г. «О мерах по усилению государственной помощи семьям, имеющим детей» были установлены частично оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста одного года и дополнительный отпуск без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет.

В соответствии с п. 2 Постановления Совета Министров СССР и ВЦСПС от 22 августа 1989 г. № 677 «Об увеличении продолжительности отпусков женщинам, имеющим малолетних детей» с 1 декабря 1989 г. повсеместно продолжительность дополнительного отпуска без сохранения заработной платы по уходу за ребенком была увеличена до достижения им возраста трех лет. Указанный дополнительный отпуск подлежал зачету в общий и непрерывный стаж, а также в стаж работы по специальности.

Законом СССР от 22 мая 1990 г. № 1501-1 «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты СССР по вопросам, касающимся женщин, семьи и детства» были внесены изменения в Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о труде; ст. 71 Основ была изложена в новой редакции и предусматривала предоставление женщине частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет и дополнительного отпуска без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет. Законодательство союзных республик подлежало приведению в соответствие с этим Законом.

До введения в действие Закона РФ от 25 сентября 1992 г. № 3543-1 «О внесении изменений и дополнений в Ко-

декс законов о труде РСФСР» ст. 167 КЗоТ РСФСР предусматривала включение указанного периода в специальный стаж работы, дающий право на досрочное назначение пенсии по старости. С принятием названного Закона РФ, **вступившего в силу 6 октября 1992 г., период нахождения женщины в отпуске по уходу за ребенком перестал включаться в стаж работы по специальности в случае назначения пенсии на льготных условиях** (ст. 167 КЗоТ РФ).

Судебная практика в настоящий момент при разрешении споров, возникших в связи с невключением женщинам в стаж работы по специальности периода нахождения в отпуске по уходу за ребенком при досрочном назначении пенсии по старости, также исходит из того, что если указанный период имел место **до 6 октября 1992 года**, то он подлежит включению в стаж работы по специальности независимо от времени обращения женщины за назначением пенсии и времени возникновения права на досрочное назначение пенсии по старости.

На основании изложенного считаю, что Вам в стаж работы, дающий право на досрочную пенсию по старости в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения, должны быть зачтены периоды работы в соответствии со Списком и Правилами, указанными выше, в том числе в льготном исчислении, а также период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, имевший место до 6 октября 1992 года. Отпуск без сохранения заработной платы в 2004 году и отпуск по уходу за ребенком в 1998–1999 годах включению в стаж не подлежат.

Для подсчета стажа и определения момента возникновения права на досрочное назначение пенсии по старости Вам следует обратиться в отделение пенсионного фонда по месту жительства. В случае, если Вы не согласны с исключением какого-либо периода из стажа, дающего право на назначение досрочной пенсии по старости, Вы вправе обжаловать действия в вышестоящий пенсионный орган (по отношению к органу, вынесшему соответствующее решение) и (или) в суд.

Юрисконсульт РАМС

Лизоформ – синоним дезинфекции и гигиены с 1900 года



на правах рекламы



ЛИЗОФОРМ

ООО «Лизоформ-СПб»

Тел.: (812) 347-71-15, 545-33-24, 545-02-00

E-mail: product@lysoform.ru

Филиал в Москве: ООО «КлинДез»

Тел.: (495) 741-54-42, 771-25-64.

www.lysoform.ru

МЕТОДИЧЕСКАЯ ЛИТЕРАТУРА И ИНФОРМАЦИЯ



Сборники для медсестер:

- ПРИЕМНЫХ • ПЕДИАТРИЧЕСКИХ • РЕАНИМАЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЙ
- ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА • ОПЕРАЦИОННЫХ И ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ МЕДСЕСТЕР
- ДЛЯ ОРГАНИЗАТОРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Организация работы медсестер:

- ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ • СПРАВОЧНИК «ЛАБОРАТОРНОЕ ДЕЛО»

Тесты по специальности:

- СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

Просим Вас следить за новинками и составлять заявки на методическую литературу

МЕДИЛИС-ДЕЗ

МНОГОКОМПОНЕНТНОЕ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕЕ СРЕДСТВО



Средство “МЕДИЛИС-ДЕЗ” предназначено для:

Профилактической и текущей дезинфекции

Генеральных уборок в ЛПУ и других учреждениях (включая дошкольные учреждения, учреждения питания и т.п.)

Дезинфекции оборудования, инструментов, спецодежды, воздуха парикмахерских, массажных и косметических салонов, салонов красоты, прачечных, клубов, и других коммунальных объектов.

Дезинфекции, изделий медицинского назначения (хирургические, стоматологические инструменты, эндоскопы и т.п.), в том числе совмещенной с предстерилизационной очисткой.

Дезинфекции санитарного транспорта и транспорта для перевозки пищевых продуктов

Дезинфекции воздуха способом распыления на различных объектах

Профилактической дезинфекции систем вентиляции и кондиционирования воздуха

Дезинфекции высокого уровня эндоскопов

Обеззараживания содержимого биотуалетов

Обеззараживания (деинвазии) почвы и предметов от гельминтов

Дезинфекции стоматологических оттисков

Борьбы с плесенью

Дезинфекции медицинских отходов

Использования в дезковриках

Состав: комбинация ЧАСов, триамин и др компоненты.

Срок годности: 5 лет, раб./раствора - 28 суток

Безопасность: 4 класс малоопасных соединений

Дополнительные свойства:

Отличные моющие и дезодорирующие свойства

Не портит поверхности и инструменты

Сохраняет свои свойства при замораживании и оттаивании



МЕДИЛИС-ДЕЗ

Дезинфицирующее средство (концентрат)

Состав: Триамин У12Д (дизалкилтриамин) триамин 3,8%, смесь четвертично-аммониевых соединений (ЧАС) сульфид 10,1%, другие функциональные компоненты.

Назначение: Средство «МЕДИЛИС-ДЕЗ» обладает антимикробной активностью в отношении грамотрицательных и грамположительных (включая микобактерии туберкулеза) микроорганизмов, вирусов (в том числе возбудителей вирусно-попавшего человека, в том числе вирус герпеса и паренхиматозных гепатитов (A, B и C), ВИЧ, папилломавируса, канцерогенов, вирус гепатита В (HBV), гепатита E (HEV), клещевого энцефалита, клещевого паратифа и др.), грибов рода Кандида. Триамин и четвертичные аммониевые соединения обладают антипаразитарной активностью, уничтожая в том числе возбудителей паразитарных болезней (в т.ч. лямблии, аскариды, токсокары, острицы).

Область применения: лечебно-профилактические учреждения, инфекционные очаги, детские учреждения, коммунальные объекты, предприятия общественного питания, санитарный транспорт.

Активность: обладает антимикробной активностью в отношении грамотрицательных и грамположительных (включая микобактерии туберкулеза) микроорганизмов, вирусов, грибов рода Кандида. Триамин и четвертичные аммониевые соединения обладают антипаразитарной активностью, уничтожая в том числе возбудителей паразитарных болезней (в т.ч. лямблии, аскариды, токсокары, острицы).

Способ применения: подробно изложен в инструкции по применению средства дезинфицирующего «МЕДИЛИС-ДЕЗ» №1-12/10.

Транспортировка: всеми доступными видами транспорта, обеспечивающими сохранность продукта в тарной и тарной упаковке.

Хранение: в сухих помещениях, отдельно от легковоспламеняющихся жидкостей. Средство неопасно при случайном попадании на кожу и в глаза. При аварийной ситуации следует использовать средства защиты: резиновые перчатки и средства индивидуальной защиты для кожи, респиратор, очки, для предотвращения попадания средства на кожу.

Меры предосторожности: избегать попадания средства на кожу и в глаза. При аварийной ситуации следует использовать средства защиты: резиновые перчатки и средства индивидуальной защиты для кожи, респиратор, очки, для предотвращения попадания средства на кожу.

Способ применения: подробно изложен в инструкции по применению средства дезинфицирующего «МЕДИЛИС-ДЕЗ» №1-12/10.

Транспортировка: всеми доступными видами транспорта, обеспечивающими сохранность продукта в тарной и тарной упаковке.

Хранение: в сухих помещениях, отдельно от легковоспламеняющихся жидкостей. Средство неопасно при случайном попадании на кожу и в глаза. При аварийной ситуации следует использовать средства защиты: резиновые перчатки и средства индивидуальной защиты для кожи, респиратор, очки, для предотвращения попадания средства на кожу.

Меры предосторожности: избегать попадания средства на кожу и в глаза. При аварийной ситуации следует использовать средства защиты: резиновые перчатки и средства индивидуальной защиты для кожи, респиратор, очки, для предотвращения попадания средства на кожу.

Способ применения: подробно изложен в инструкции по применению средства дезинфицирующего «МЕДИЛИС-ДЕЗ» №1-12/10.

Транспортировка: всеми доступными видами транспорта, обеспечивающими сохранность продукта в тарной и тарной упаковке.

Хранение: в сухих помещениях, отдельно от легковоспламеняющихся жидкостей. Средство неопасно при случайном попадании на кожу и в глаза. При аварийной ситуации следует использовать средства защиты: резиновые перчатки и средства индивидуальной защиты для кожи, респиратор, очки, для предотвращения попадания средства на кожу.

Меры предосторожности: избегать попадания средства на кожу и в глаза. При аварийной ситуации следует использовать средства защиты: резиновые перчатки и средства индивидуальной защиты для кожи, респиратор, очки, для предотвращения попадания средства на кожу.

Способ применения: подробно изложен в инструкции по применению средства дезинфицирующего «МЕДИЛИС-ДЕЗ» №1-12/10.

Транспортировка: всеми доступными видами транспорта, обеспечивающими сохранность продукта в тарной и тарной упаковке.

Хранение: в сухих помещениях, отдельно от легковоспламеняющихся жидкостей. Средство неопасно при случайном попадании на кожу и в глаза. При аварийной ситуации следует использовать средства защиты: резиновые перчатки и средства индивидуальной защиты для кожи, респиратор, очки, для предотвращения попадания средства на кожу.

Меры предосторожности: избегать попадания средства на кожу и в глаза. При аварийной ситуации следует использовать средства защиты: резиновые перчатки и средства индивидуальной защиты для кожи, респиратор, очки, для предотвращения попадания средства на кожу.

Способ применения: подробно изложен в инструкции по применению средства дезинфицирующего «МЕДИЛИС-ДЕЗ» №1-12/10.

Транспортировка: всеми доступными видами транспорта, обеспечивающими сохранность продукта в тарной и тарной упаковке.

Хранение: в сухих помещениях, отдельно от легковоспламеняющихся жидкостей. Средство неопасно при случайном попадании на кожу и в глаза. При аварийной ситуации следует использовать средства защиты: резиновые перчатки и средства индивидуальной защиты для кожи, респиратор, очки, для предотвращения попадания средства на кожу.

Меры предосторожности: избегать попадания средства на кожу и в глаза. При аварийной ситуации следует использовать средства защиты: резиновые перчатки и средства индивидуальной защиты для кожи, респиратор, очки, для предотвращения попадания средства на кожу.

Способ применения: подробно изложен в инструкции по применению средства дезинфицирующего «МЕДИЛИС-ДЕЗ» №1-12/10.

Транспортировка: всеми доступными видами транспорта, обеспечивающими сохранность продукта в тарной и тарной упаковке.

Хранение: в сухих помещениях, отдельно от легковоспламеняющихся жидкостей. Средство неопасно при случайном попадании на кожу и в глаза. При аварийной ситуации следует использовать средства защиты: резиновые перчатки и средства индивидуальной защиты для кожи, респиратор, очки, для предотвращения попадания средства на кожу.

Меры предосторожности: избегать попадания средства на кожу и в глаза. При аварийной ситуации следует использовать средства защиты: резиновые перчатки и средства индивидуальной защиты для кожи, респиратор, очки, для предотвращения попадания средства на кожу.

Способ применения: подробно изложен в инструкции по применению средства дезинфицирующего «МЕДИЛИС-ДЕЗ» №1-12/10.

Транспортировка: всеми доступными видами транспорта, обеспечивающими сохранность продукта в тарной и тарной упаковке.

Хранение: в сухих помещениях, отдельно от легковоспламеняющихся жидкостей. Средство неопасно при случайном попадании на кожу и в глаза. При аварийной ситуации следует использовать средства защиты: резиновые перчатки и средства индивидуальной защиты для кожи, респиратор, очки, для предотвращения попадания средства на кожу.

Меры предосторожности: избегать попадания средства на кожу и в глаза. При аварийной ситуации следует использовать средства защиты: резиновые перчатки и средства индивидуальной защиты для кожи, респиратор, очки, для предотвращения попадания средства на кожу.

Способ применения: подробно изложен в инструкции по применению средства дезинфицирующего «МЕДИЛИС-ДЕЗ» №1-12/10.

Транспортировка: всеми доступными видами транспорта, обеспечивающими сохранность продукта в тарной и тарной упаковке.

Хранение: в сухих помещениях, отдельно от легковоспламеняющихся жидкостей. Средство неопасно при случайном попадании на кожу и в глаза. При аварийной ситуации следует использовать средства защиты: резиновые перчатки и средства индивидуальной защиты для кожи, респиратор, очки, для предотвращения попадания средства на кожу.

Меры предосторожности: избегать попадания средства на кожу и в глаза. При аварийной ситуации следует использовать средства защиты: резиновые перчатки и средства индивидуальной защиты для кожи, респиратор, очки, для предотвращения попадания средства на кожу.

Способ применения: подробно изложен в инструкции по применению средства дезинфицирующего «МЕДИЛИС-ДЕЗ» №1-12/10.

Транспортировка: всеми доступными видами транспорта, обеспечивающими сохранность продукта в тарной и тарной упаковке.



Лаборатория
МЕДИЛИС

Москва, Лаборатория МедиЛИС
тел/факс.: (495)315-16-65, 315-17-10, 980-80-39, 980-80-38,
www.medilis.ru; e-mail: mail@medilis.ru