ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ
медицинских сестёр России

№ 2/2 2011

Остановить ТБ – новые направления международного проекта РАМС для медицинских сестер фтизиатрической службы

стр. 8

Медицинские сестры – движущая сила здоровья

стр. 24

В центре внимания – инфузионная терапия

стр. 32

Медицинских сестер Кемеровской области поздравил губернатор

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 и читатели Вестника!

Приветствуя вас на страницах очередного выпуска, нам хотелось бы вспомнить о наиболее значимых для членов Ассоциации событиях прошедшей весны. В течение этого периода времени РАМС продолжала вести переговоры с Министерством здравоохранения и социального развития РФ по вопросу об учреждении всероссийского конкурса «Медсестра года». Решение ведомства оказалось неоднозначным, с одной стороны, идея РАМС была поддержана, с другой – конкурс так и не получил статуса государственного события, равнозначного тем, что проводятся, например, среди врачей, среди социальных работников нашей страны.

15–16 апреля состоялась международная конференция РАМС для медицинских сестер фтизиатрической службы. Мы подвели итоги проекта и совместно с экспертами наметили планы международного сотрудничества в области ТБ на предстоящие 4 года. Ассоциация внесла предложение, согласно которому мы сможем осуществить программу грантовой поддержки индивидуальных инициатив медицинских сестер противотуберкулезных учреждений по направлениям обучения, исследований, улучшения производственной среды и реализации мер инфекционного контроля. Благодаря активной работе медицинских сестер по проекту в течение прошедших 4 лет, шансы на утверждение предложенной РАМС модели в Международном Совете Медсестер весьма высоки.

В начале мая представительная делегация РАМС приняла участие в конференции МСМ «Медицинские сестры – движущая сила здоровья», состоявшейся на Мальте, где среди множества докладов был представлен и отчет Ассоциации о российско-американской инициативе по внедрению доказательной медицины и распространению опыта сестринских исследований.

В мае во всех региональных отделениях РАМС прошли торжества, посвященные профессиональному празднику. Одним из самых запоминающихся это событие стало для наших коллег из Кемеровской области, где к празднику было приурочено награждение 30 лучших специалистов и губернаторский прием в честь медицинских сестер.

Свой подарок для всех медицинских сестер подготовила и Ассоциация – 12 мая был запущен новый вэб сайт организации, рассчитанный на решение задачи непрерывного общения, обмена опытом, обсуждения проблем, внесения предложений и актуализации имиджа сестринской профессии как современной и динамично развивающейся.

Заметно активизировалась и политическая жизнь. В начале апреля на состоявшемся Всероссийском форуме медицинских работников Ассоциации удалось озвучить ключевые проблемы отрасли, включая уровень оплаты труда, нарастающий кадровый дефицит, невнимание властей большинства регионов к вопросам развития сестринского дела, повышения качества и безопасности медицинской помощи. Ассоциация открыто заявила свою позицию о том, что допуск на должности медицинских сестер имеют право получать только лица, закончившие образовательные учреждения, имеющие дипломы и сертификаты. Отстаивая интересы профессии медицинской сестры, мы не готовы мириться с решением проблемы кадрового дефицита за счет необученных и неподготовленных студентов медицинских ВУЗов. Мы требуем решения кадровой проблемы за счет обеспечения условий труда, повышения оплаты, реализации программ профориентации молодежи!

В связи с обсуждением законопроекта «Об основах охраны здоровья граждан РФ», а также в связи с тем, что ряд принципиальных поправок, внесенных от лица нашей организации, не были учтены, Ассоциация выразила согласие с позицией Исполкома Пироговского движения врачей об отзыве законопроекта из Государственной Думы; его дальнейшем широком обсуждении и доработке.

В июне в Совете Федерации состоялось заседание по вопросам профессионального здоровья. В России ситуация с профессиональной заболеваемостью медицинских работников стоит чрезвычайно остро. До настоящего момента серьезных мер по обеспечению безопасности рабочих мест на государственном уровне не предпринималось. Взамен мы имели различные льготы и компенсации, однако здоровье невосполнимо, и пора задуматься о том, как беречь здоровье тех, кто посвящает свою профессиональную жизнь здоровью других. От лица Ассоциации нам удалось озвучить основные требования к снижению профессиональных рисков в самых разных сферах деятельности сестринского персонала. По итогам состоявшейся встречи была сформирована рабочая группа, в тесном сотрудничестве с которой РАМС продолжит работу по защите профессиональных интересов сестринского персонала.

Подробнее об этих и многих других событиях из жизни общественных объединений медицинских сестер вы узнаете со страниц этого выпуска журнала. Желаем вам интересного прочтения, а также новых идей по развитию сестринских служб ваших учреждений!

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

НЕОНАТАЛОГИЯ

Успехи сестринской службы в неонаталогии: опыт организация 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»
ГОЛОЛОБОВА 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
ЩЕРБИНИН 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 ООО «Береста». 196084, Россия, Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, 28. Заказ №1155. Тираж 11000. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет.

БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ – БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ

РАМС ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ В НОВОЙ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЙ ИНИЦИАТИВЕ

В начале июня в Совете Федерации РФ состоялось заседание Комитета по социальной политике и здравоохранению, посвященное вопросам профессионального здоровья медицинских работников. С ключевым докладом на данном совещании выступила президент РАМС В.А. Саркисова.

Работа в здравоохранении «традиционно» считается одной из наиболее опасных. 8 категорий медицинских работников сегодня напрямую подпадают под определение работы во «вредных и опасных» условиях. Среди самых опасных специализаций – работа в инфекционных отделениях, во фтизиатрических учреждениях, в отделениях анестезиологии, лучевой диагностики и терапии, онкологии, психиатрии. Это наиболее вредные условия труда, по которым предусматриваются дополнительные выплаты и льготы. Но, если проанализировать ситуацию в целом, работа в здравоохранении на любых должностях относится к категории одних из наиболее рискованных и приводящих к профессиональной заболеваемости, наряду с такими отраслями, как тяжелая металлургия и химическое производство.

Среди рисков профессиональной заболеваемости медицинских работников: контакт с биологическими жидкостями пациентов при проведении диагностических и лечебных процедур; манипуляции с оборудованием и использованным инструментарием; контакт с поверхностями, воздушная среда в учреждении; стрессы; тяжелая физическая нагрузка при перемещении пациентов; нарушение режима сна; агрессия и насилие по отношению к медицинским работникам со стороны пациентов.

Из числа медицинских работников более других профессиональным ри-

скам подвержены медицинские сестры. Этот факт был подтвержден исследованиями, проведенными в Санкт-Петербурге в 1998 году: 64.4% всех профессиональных заболеваний, зарегистрированных у медицинских работников разных специальностей, относились к медицинским сестрам.

Ассоциация выступает за обеспечение безопасной больничной среды – таких условий организации работы лечебно-профилактических учреждений, которые гарантировали бы

- снижение риска передачи инфекционных заболеваний, в частности, инфекций передающихся гемоконтакным путем медицинским работникам во время выполнения своих профессиональных обязанностей
- снижение риска неинфекционных профессиональных заболеваний.

Наличие профессиональных рисков в данный момент недооценивается. Одной из ключевых проблем является отсутствие эффективной системы регистрации и учета профессиональных заболеваний, мониторинга инфицирования медицинских работников особо опасными инфекциями: ВИЧ, Гепатиты В и С, ТБ.

Известно, что заболеваемость ТБ среди медицинских работников в 7 раз превышает показатели заболеваемости населения в целом. При этом далеко не все случаи инфицирования медработников ТБ регистрируются как профессиональные заболевания – в этом зачастую не заинтересованы ни учреждения здравоохранения, ни сами специалисты.

В России на сегодняшний день зарегистрировано 2 подтвержденных случая профессионального инфицирования медработников ВИЧ, а распространенность серологических маркеров гепатитов В и С у медиков в 3 раза превышает аналогичный показатель среди общего населения.

Стратегия изменений

Во-первых, необходимо создание нормативно-правовой базы регламентирующей права медицинского работника на обеспечение безопасных условий труда, а так же обязывающей администрацию обеспечивать безопасную медицинскую среду.

Во-вторых, необходимо создание эффективной системы регистрации и учета профессиональных заболеваний, мониторинга инфицирования медицинских работников особо опасными инфекциями: ВИЧ, Гепатиты В и С, ТБ. Только в этом случае мы увидим масштабы проблемы, и только в этом случае будут созданы условия для разработки и реализации целевых программ по обеспечению безопасности медицинских работников на рабочих местах.

В-третьих, необходимы меры в поддержку корпоративной культуры безопасности, меры по повышению осведомленности медицинских работников о рисках инфицирования, обучение по вопросам безопасности;

В-четвертых, принципы финансирования здравоохранения и организации медицинской помощи должны быть пересмотрены. Обеспечение сестринского персонала расходными материалами, разовым современным инструментарием, удобными и эргономичными приспособлениями, т. е. всем тем, что является основой безопасности, всегда рассматривалось как задача второго, если не третьего плана. К сожалению, в системе ОМС при определении стоимости медицинской помощи – медицинских услуг – не учитывают затраты на расходные материалы в необходимом объеме. Поэтому, так редко используются безопасные устройства для инфузионной и инъекционной терапии, безопасные способы утилизации использованных игл.

В-пятых, необходим пересмотр требований по дополнительной обработке использованного инструментария дезинфектантами, что составляет значительный объем работы сестринского персонала – значительный и наиболее рискованный, поскольку использующиеся методы химического обеззараживания предполагают множество ручных манипуляций.

В-шестых, необходимо осуществлять стандартизацию практики и обеспечивать полное выполнение стандартов. Ассоциацией медицинских сестер России с привлечением широкого круга экспертов были разработаны технологии выполнения медицинских манипуляций. Среди них множество, имеющих непосредственное отношение к обеспечению инфекционной безопасности и пациента, и медработника – например, алгоритмы ухода за стомой, внутривенного, внутримышечного, подкожного введения лекарственных средств, алгоритмы выполнения инфузионной терапии, других инвазивных процедур. Каждый алгоритм содержит четкую пошаговую схему выполнения каждой манипуляции, а также требования к оснащению, к материальному сопровождению процедуры.

И, наконец, необходимо радикально решать вопрос с нагрузкой на сестринский персонал, ее необходимо сокращать и оптимизировать. Решения по снижению нагрузки не должны носить рекомендательного характера, не должны оставлять лазеек для неисполнения, для иных приоритетов.

Наличие законодательно-правовой базы по безопасности медицинских работников, наличие безопасного оборудования, устройств, требования по утилизации острых предметов, упрощение системы регистрации травматизма, проведение образовательных мероприятий посвященных безопасности и ведение статистического учета по всей России помогут снизить количество инфицирований и травматизма медицинских работников. Эффективное решение этой проблемы не должно ограничиться лишь созданием такой законодательно-правовой базы, необходим жесткий контроль по ее применению на местах. Со стороны Ассоциации мы четко видим свою роль в участии в образовательных инициативах, информационных кампаниях для медицинских сестер, вовлечении организации в выявление и предупреждение нарушений, ведущих к профессиональным заболеваниям, поскольку защита прав медицинских сестер – одна из наших целей.

По итогам заседания в рамках Совета Федерации была сформирована рабочая группа, в задачу которой войдет разработка поправок к законопроекту «Об основах охраны здоровья граждан РФ», иных нормативно-правовых документов, регламентирующих создание в России системы мониторинга и контроля профессиональной заболеваемости медицинских работников, обеспечения безопасности персонала при осуществлении профессиональной деятельности.

ОТ ЗНАКОМСТВА К СОТРУДНИЧЕСТВУ ОДИН ШАГ

В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ПРОШЛА ВСТРЕЧА БУДУЩИХ МЕДСЕСТЕР – РОССИЙСКИХ И АМЕРИКАНСКИХ СТУДЕНТОВ

К небольшой двухдневной встрече российские и американские студенты готовились тщательно. Заблаговременно подготовили множество презентаций – о национальных системах здравоохранения, о том, что больше всего беспокоит граждан и специалистов, к чему надо стремиться в процессе реформ. В итоге обсуждения ложилось четкое представление о том, насколько различны медицинские службы России и Америки, как глубоки потребности в их совершенствовании.

Статистика	Россия	США
Население	140,874,000	314,659,000
ВВП на душу населения, в долларах США	15,460	46,790
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении муж/жен	62/74	76/81
Риск смерти в возрасте до 5 лет (на 1000 рожденных живыми)	12	8
Риск смерти в возрасте от 15 до 60 лет муж/жен (на 1000 человек)	391/144	134/78
Общие расходы на здравоохранение на душу населения (в межд. долларах, 2009 г.)	1,038	7,410
Общие расходы на здравоохранение в% от ВНП (2009 г.)	5.4	16.2
Соотношение врачей/населения	1 на 200	1 на 375

Америка. Многие цифры говорят сами за себя, но, как показала прошедшая встреча, далеко не обо всем. Американские студенты рассказали, что сегодня расходы на здравоохранение вызывают в США высокую обеспокоенность. Дело не только в том, сколько на медицину тратит государство, но и в том, каковы расходы для каждого американца. Порядка 50 млн американцев не могут позволить себе медицинскую страховку, ее стоимость в год составляет до 13 тысяч долларов. Если нет постоянной работы, или человек занимается частной предпринимательской деятельностью, выделить такую сумму из своего бюджета непросто. Ежегодно порядка 1,85 млн человек становятся банкротами, по суду лишаются собственности, распродают имущество, дабы покрыть счета на медицинскую помощь. Платить нужно не только за страховку – за каждое посещение клиники, за каждый вызов врача или медицинской сестры предусмотрены отдельные платежи, равно как и за медикаменты. Медицина развивается как бизнес система, уровень оплаты труда выше у специалистов, врачей общей практики становится все меньше, соответственно ощущается и дефицит профилактической деятельности, ведь профилактика – это задача первичного сектора здравоохранения. Реформа президента Обамы, нацеленная на повышение доступности медицинской помощи, пока не реализована. В каждом штате, обладающем высокой долей автономии, есть не только союзники, но и противники реформы. Поэтому, несмотря на принятие проекта реформы в сенате США, и по прошествии 2 лет 16,7% жителей США остаются незастрахованными.

Россия. Данные по России противоречивы. По обеспеченности граждан медицинской помощью (врачами, медицинскими сестрами, койками) Россия занимает одно из ведущих мест. Почему же медицинской помощи не хватает? Очевидно, что есть проблема недофинансирования, но не менее очевидна и проблема в организации медицинской помощи, в нерациональном обеспечении кадрами, в существенном дисбалансе доступности помощи в городе и на селе.

Многие вопросы в ходе обсуждения вызвали удивление. Например, наличие в России государственной программы финансирования антиретровирусной терапии, государственные квоты на высокотехнологичное лечение, и, например, то, что в российских училищах и колледжах существует проблема с мотивацией студентов. В США образование – частное, чтобы стать бакалавром в сестринском деле нужно потратить не менее 30 тысяч долларов. Поэтому, делая выбор будущей профессии, абитуриенты проявляют максимум ответственности. Далее в процессе учебы уровень ответственности не снижается – необходимо на отлично усвоить весь теоретический и практический материал, иначе не будут сданы экзамены, не будет лицензии, а значит и права на практику и зарплаты, которая позволит покрыть кредиты на оплату образования.

Итоги встречи. Все участники встречи пришли к выводу о необходимости продолжения сотрудничества. Анализируя и изучая преимущества и недостатки двух глобальных систем здравоохранения, можно разрабатывать наиболее эффективные решения для преодоления барьеров доступности помощи, повышения ее качества и безопасности. Американские студенты выразили заинтересованность в проведении совместных научных исследований, российские студенты с радостью откликнулись на эту возможность и приступили к разработке тем для совместной международной научно-исследовательской работы.

ОСТАНОВИТЬ ТУБ

ПРИНИМАЯ УЧАСТИЕ В ПРОЕКТЕ РАМС, МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ВЕДУТ БОРЬБУ С ЭПИДЕМИЕЙ ТБ

15–16 апреля в Санкт-Петербурге состоялась Всероссийская конференция, посвященная подведению итогов международного проекта по каскадному обучению сестринского персонала противотуберкулезных учреждений по вопросам эффективной борьбы с ТБ, реализации стратегий ДОТС и ДОТС+, взаимодействию с пациентами, родственниками, группами риска с целью противодействия эпидемическому распространению ТБ и грозного МЛУ-ТБ.

Джини Уильямс,
руководителя программы ТБ МСМ

Пол Йенсон,
эксперт по ТБ Министерство здравоохранения США

ЕРКУЛЕЗ

Статистика заболеваемости

Начиная сотрудничество в этом направлении с Международным Советом Медсестер в 2007 году, лидеры Ассоциации не сомневались в ценности этой работы. В нашей стране проблема ТБ стоит очень остро. Начиная с 90-х гг. кривая Туберкулеза поползла вверх. Но если ранее лечили только ТБ, то сегодня задачи, которые стоят перед медиками, усложнились в сотни раз. Во-первых, в России неуклонно растет число больных ТБ с множественной лекарственной устойчивостью, в том числе и среди впервые выявленных случаев. Во-вторых, огромный вызов представляет лечение сочетанной инфекции ТБ+ВИЧ. В-третьих, туберкулез – проблема не только медицинская, но и социальная, не решив социальные проблемы общества, государство едва ли справится с туберкулезом. Вместе с тем, передающийся воздушно-капельным путем, ТБ нередко выходит за рамки групп высокого риска, распространяется и на детей с неокрепшим иммунитетом, и на благополучные слои населения.

Противотуберкулезная служба в России действительно масштабная – больницы, диспансеры, санаторно-курортные комплексы, тюремные госпиталя, но пациенты часто неуловимы, не выдерживают длительной терапии, не считают нужным доводить начатое лечение до конца, шаг за шагом приближаются к гибели, попутно заражая до 10–15 человек в год.

Медицинские сестры

Медицинские сестры противотуберкулезной службы – совершенно отдельная тема для разговора. Сложно найти более заботливых, более внимательных, чутких людей. Для своих пациентов они, по сути, становятся родными, ведь на лечении те нередко находятся годами. Здесь «выполнение врачебных назначений» превращается в искусство. Контролируемый прием медикаментов – непреложное правило, равно как и эмоциональная поддержка, поддержка связи с родственниками, обучение гигиене, строжайший инфекционный контроль. Многие хотят сделать большее, возрождают собственными силами традиции санпросвет работы с населением – выходят с лекциями и презентациями в детские дома, школы, техникумы и ВУЗы. Многие

видят огромную проблему нехватки кадров, недостаточного уровня знаний у молодых медсестер о ТБ – идут в медицинские училища, преподают, рассказывают, делятся опытом.

Нередко возникаю сложные проблемы – пациенты с туберкулезом могут страдать и от других заболеваний. В случае неинфекционной патологии лечение необходимо проводить в стационарах, сотрудники которых нередко требуют присутствия специализированной противотуберкулезной сестринской помощи. Их знания о ТБ недостаточны, нередко поверхностны.

Международный проект РАМС

С тем чтобы оказать поддержку членам организации – медицинским сестрам противотуберкулезной службы России – в решении стоящих перед ними профессиональных задач, в 2007 году Ассоциация приступила к проекту каскадного обучения.

Методическую основу проекта составили материалы, разработанные эк-

«Эпидемическая ситуация по ТБ в России», Г.С. Баласанянц

спертами Международного Совета Медсестер и Всемирной Организации Здравоохранения, вобравшие в себя не только теоретические аспекты работы с ТБ, МЛУ-ТБ, ВИЧ, но и знакомящие участниц проекта с наиболее успешными – образцовыми – примерами из практики медицинских сестер других стран.

Контролируемый прием медикаментов, безопасные приемы взятия анализов у пациентов, обучение гигиене, создание школ для больных, для близких родственников, взаимодействие со СМИ, работа с медсестрами общемедицинской сети, система инфекционного контроля – все это стало предметом обучения для медицинских сестер в ходе 1 регионального и 8 межрегиональных семинаров. Учебные мероприятия были организованы в Омске, Санкт-Петербурге, Ульяновске, Ставрополе, Кемерово, Чите, Москве, Сыктывкаре и в Нижнем Новгороде.

Как отметила в своем выступлении президент РАМС, на этих занятиях прошли обучение 263 медицинские сестры противотуберкулезной службы. С целью реализации «каскадного принципа» все участницы были обеспечены комплектами учебно-методической литературы – по тематике ТБ, по вопросам преподавания и материалами для тех, кого им предстояло обучить – ведь каждая участница семинара брала на себя обязательство – передать знания как минимум 20 коллегам – поровну в противотуберкулезной и общемедицинской сети. Судя по поступившим в Ассоциацию отчетам, в целом участницы с заданием справились – обучили на рабочих местах за все годы проекта порядка 18000 медицинских сестер! Однако, несмотря на жесткие критерии отбора участниц семинаров, ответственными оказались не все. Например, после семинара в Сыктывкаре отчитались о проведенном обучении только 25 человек, после московского семинара и того меньше – всего 20.

«Эксперты организации Партнеры во имя здоровье провели исследование, согласно которому наивысший риск развития МЛУ-ТБ связан не с прерыванием лечения, а с госпитализацией. Совместное пребывание пациентов с лекарственно-устойчивыми формами ТБ несет риск обмена инфекцией. В то время как основная задача – обеспечение безопасности пациента на период госпитализации», Пол Йенсен, США.

Тем не менее, преподавателям этого проекта удалось «зажечь» немало профессиональных звезд. Во множестве регионов медицинские сестры проводили не только семинары, но и конференции, стали обращаться за грантовой поддержкой для развития сестринской службы в ТБ, смогли сформировать региональные секции по ТБ, многие приняли участие в международном конкурсе профессиональных достижений медицинских сестер в уходе, лечении и профилактике ТБ.

Как показала конференция, многие участницы не останавливались на достигнутом и, выполнив требования Ассоциации и МСМ, продолжали учебные мероприятия по ТБ. Так, в одной только Омской области при поддержке региональной ассоциации знаниями удалось охватить более 4 тысяч медицинских сестер!

Упорство и преданность борьбе с ТБ, МЛУ-ТБ, проявленные медицинскими сестрами России, высоко оценили и в Международном Совете Медсестер. Эксперт МСМ, Джини Уильямс, присутствовавшая на конференции, познакомила участниц с глобальными усилиями МСМ в сфере ТБ и призналась, что глубоко потрясена той энергией, с которой проект был реализован в России. Успехи, достигнутые на данном этапе, позволяют верить в то, что и далее медицинские сестры нашей страны, задействованные в области ТБ, будут получать поддержку от Ассоциации, МСМ и компании Эли Лилли.

Новый этап сотрудничества

В чем конкретно будет выражаться эта поддержка, за день до конференции президент РАМС обсуждала с Джи-

ни Уиялмс, МСМ и Натальей Завалко, руководителем ТБ проекта со стороны Эли Лилли, Москва. Вариантов работы множество, как, собственно и проблем во фтизиатрии. Ассоциация внесла предложение реализовать следующий этап международного проекта в виде конкурса грантов для медицинских сестер по таким направлениям, как обучение, инфекционный контроль, производственная среда и сестринские исследования. Суммы грантов будут сравнительно небольшими – до 100 –120 тысяч рублей, что, тем не менее, позволит медицинским сестрам осуществить заметные перемены на местах. Не секрет, что далеко не везде ЛПО, их руководители, осознают значение мер инфекционного контроля, далеко не всегда на это имеются средства. Это относится и к обучению персонала, и к созданию приемлемых бытовых условий для коллектива, и, тем более, к такому направлению, как сестринские исследования.

Задача этой работы будет состоять не только в том, чтобы медицинские сестры смогли реализовать с помощью выделенных на конкурсной основе средств свои проекты, но и в том, чтобы научились участвовать в таких конкурсах, приобрели опыт, который может быть полезен в дальнейшем для участия в конкурсах грантов, проводимых благотворительными фондами, правительственными и неправительственными организациями, в том числе, международными.

Второе направление работы – это формирование сильной группы лидеров из числа медицинских сестер фтизиатрической службы, их дальнейшее обучение. Ассоциация ставит задачу создания специализированных секций.

«Если кто-то из коллег проявляет признаки некомпетентности, медицинская сестра должна предпринять все меры, чтобы защитить интересы своего пациента, в том числе, указав коллеге на ошибки, предложив свою помощь или, при неэффективности предпринятых шагов, обратившись к помощи руководителей сестринских служб», *В.В. Самойленко, Этический кодекс.*

Для фтизиатрии такая секция уже создана и начинает работу под руководством Татьяны Федоткиной, координатора и преподавателя ТБ проекта. Важно, чтобы в секцию вошли опытные и активные специалисты, готовые разрабатывать документы, методические рекомендации, содействовать обмену опытом, отдавать часть своего времени на то, чтобы общение внутри специализированной профессиональной группы выливалось в ценные знания и развитие медицинских сестер фтизиатрических учреждений. В ходе как пленарного, так и секционного заседания Татьяна Юрьевна детально говорила о работе секции и приглашала участниц конференции к совместной деятельности.

Но, вернемся к событиям прошедшей конференции. В ходе пленарного заседания были рассмотрены не только вопросы проекта, но и вопросы развития фтизиатрической помощи (Баласанянц Г.С., НИИ фтизиопульмонологии Санкт-Петербурга), вопросы этики (Самойленко В.В., ФГУ СПО Санкт-Петербургский медико-технический колледж Федерального медико-биологического агентства); вопросы инфекционного контроля (Пол Йенсон, Министерство здравоохранения США, департамент борьбы с инфекционными заболеваниями), основные требования СанПиН 2.1.3.263–10 применительно к работе фтизиатрических учреждений (Сливинская С.Ф., Центральная станция дезинфекции, СПб).

Решения конференции

Большой интерес участников вызвала работа по группам: обучение, инфекционный контроль и производственная среда. Распределившись по залам, медицинские сестры смогли обсудить наиболее важные проблемы и вопросы, внести предложения в работу ТБ Секции РАМС, сказать о своих ожиданиях от дальнейшего выполнения проекта в России, рассмотреть проект резолюции, дополнить и скорректировать его.

Завершилась конференция искренней и теплой церемонией награждения победителей международного конкурса медсестер фтизиатрической службы, проведенного РАМС в 2011 году. Все участники события с большим интересом узнали о работе Ставропольской бригады «Берегиня» (Вестник РАМС № 1/2011), обменялись с победителями контактами и выразили надежду на дальнейшее общение, обмен опытом, идеями, взаимную поддержку профессиональных инициатив.

Отметим, решение Конференции, выраженное в итоговой Резолюции, было направлено в адрес Министерства здравоохранения и социального развития РФ, в адрес региональных общественных организаций медицинских сестер. Ассоциация будет продолжать тесное взаимодействие с региональными отделениями и медицинскими сестрами фтизиатрии с целью общественной поддержки борьбы с эпидемией ТБ в нашей стране.

СОБЫТИЕ ГЛОБАЛЬНОГО МАСШТАБА

2–7 МАЯ 2011 Г. НА МАЛЬТЕ ПРОШЛА КОНФЕРЕНЦИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО СОВЕТА МЕДСЕСТЕР

На Мальте, островном государстве с населением чуть более 400 тысяч человек в дни конференции встретились медицинские сестры из 98 государств, общее число участников мероприятия превысило 3500 тысячи человек. Пленарные заседания, симпозиумы, семинары, рабочие встречи, постерные доклады и выставки познакомили участников конференции с самой актуальной информацией о сестринском образовании, практике и исследованиях.

Участники конференции

Совет Национальных Представителей

Конференции предшествовало рабочее заседание Совета Национальных Представителей МСМ, руководящего органа, в состав которого входят официальные представители 135 национальных сестринских ассоциаций. Первое заседание Совета началось с минуты молчания. Лидеры национальных ассоциаций медицинских сестер с почтением отдали дань памяти своим коллегам, погибшим при оказании помощи жертвам разрушительных катастроф в Новой Зеландии, на Гаити, в Японии.

Одними из наиболее острых вопросов в повестке дня заседания стали последствия экономического кризиса, нехватка глобальной политической поддержки, которую ощущают медицинские сестры во всем мире, необходимость сплочения и объединения всех сил с тем, чтобы единый голос сообщества медицинских сестер стал сильнее.

Экономический кризис. Большинство делегатов отметили существенное сокращение средств, выделяемых на здравоохранение и сестринскую помощь. Результаты такой политики – рост безработицы среди медицинских сестер на фоне нехватки кадров в лечебных учреждениях, повышение нагрузки, переработки, заметное снижение привлекательности профессии медицинской сестры. Медсестры исследователи прогнозируют – по окончанию экономического кризиса здравоохранение многих стран столкнется с небывалым кадровым кризисом. Средства на финансирование программ развития здравоохранения найдутся, но человеческие ресурсы будут утрачены.

> ***«В период реформирования систем здравоохранения с целью повышения доступности и экономической эффективности медицинской помощи, защита Всемирной Организацией Здравоохранения принципов полноправного участия медсестер в работе медицинских служб на фоне исключения медсестер из процесса принятия решений лишена всякого смысла»,*** *Розмари Брант, президент МСМ.*

Нехватка глобальной поддержки. Сегодня не найдется специалиста не знакомого с Целями развития тысячелетия, среди которых ведущее место занимает укрепление здоровья. В ответ на эти цели формируются задачи развития медицинской помощи на уровне Всемирной Организации Здравоохранения, и далее на уровне национальных правительств. Среди наиболее значимых глобальных программ в области здравоохранения – борьба с эпидемией ВИЧ, с Туберкулезом, с Неинфекционными заболеваниями, иммунизация населения... В любом из программных документов ВОЗ обозначена высокая роль сестринского персонала. Но каким образом эта организация координирует реализацию

передовой миссии медицинских сестер по противодействию заболеваниям? В отсутствие главного эксперта по сестринскому и акушерскому делу в международном, европейском, национальных офисах Всемирной Организации Здравоохранения постановка задач для сестринского персонала носит лишь декларативный характер. В ответ на сложившуюся ситуацию Советом Национальных Представителей на Мальте была единогласно принята экстренная резолюция, призывающая Генерального директора ВОЗ д-ра Маргарет Чен поддержать и профинансировать управленческие должности медицинских сестер в рамках ВОЗ, привлечь для работы высококвалифицированных медсестер в глобальном, региональных и национальных офисах ВОЗ с целью формирования эффективной структуры организации, открывающей путь к полноценной реализации вклада сестринского персонала в программы ВОЗ.

Заседание Совета

Единый голос медицинских сестер. Защищать интересы медицинских сестер в условиях жестких экономических ограничений – задача чрезвычайной сложности. Неудачи на этом пути терпят и национальные сестринские ассоциации. Поэтому, на повестке дня особенно остро стоит вопрос единства медицинских сестер. Во-первых, в ряде стран существуют десятки профессиональных организаций медсестер, но лишь в единичных случаях они находят компромиссные решения. Во-вторых, национальные ассоциации отмечают отсутствие единой политики и согласования действий со стороны главных специалистов по сестринскому делу (правительственных медсестер). В-третьих, многие ассоциации высказывают недоумение по вопросу о разделении на глобальном уровне профессий медицинской сестры и акушерки. Если в одних странах акушерское дело является независимой профессией, то в других – специальностью сестринского дела, вместе с тем, и те и другие испытывают бремя одних и тех же социальных, экономических и профессиональных проблем, решать которые, было бы целесообразно, объединив усилия. По итогам обсуждения национальные ассоциации медсестер и акушерок обратились к Международному Совету с предложением решить этот вопрос в переговорах с Международной Конфедерацией Акушерок.

Лидеры РАМС и президент МСМ Розмари Брант

Международная конференция

В рамках конференции были озвучены десятки пленарных докладов, состоялась выставка постеров, выставка производителей медицинских товаров и образовательных учреждений. В центре обсуждения были наиболее острые и значимые в глобальном контексте вопросы, включая социальные детерминанты здоровья, реформа систем здравоохранения, кадровые ресурсы, производственная среда, качество медицинской помощи. Освещались и специализированные темы: роль сестринского персонала в противодействии ВИЧ, особенности работы и проблемы насилия в области психиатрии, сестринские исследования. Одним из самых ярких событий стало сообщение г-жи Джанет Кагаме, первой леди Руанды.

В 1994 году это небольшое африканское государство испытало одну из самых страшных в истории человечества трагедий. В результате массового геноцида в течение 100 дней войны армии хуту против населения тутси погибло порядка 1 млн человек (десятая часть всего населения), насилию подверглись 250 тысяч девочек и женщин, включая премьер-министра страны. В результате этого массового насилия многие из них были заражены ВИЧ.

В течение последних 17 лет в стране шло интенсивное восстановление экономики, хозяйства, жизни людей. Как отметила г-жа Джанет Кагаме, огромную роль в восстановлении государства сыграли женщины. Первым решением нового правительства страны стало изменение Конституции и всех принципов регулирования общественно-политической жизни, согласно которым не менее 30% руководящих должностей во всех органах власти на всех уровнях должно принадлежать женщинам. Благодаря этому решению в парламенте Руанды 56% – женщины! Управляя страной, огромное внимание

Лидеры РАМС и президент Международной федерации операционных медсестер Джейн Рейд

они уделяют вопросам образования и здравоохранения. Беспрецедентные шаги предпринимаются по противодействию ВИЧ-инфекции. Деятельность Правительства Руанды и первой леди страны в решении гуманитарных проблем получает в мире самую высокую оценку, едины в высокой оценке достижений г-жи Джанет Кагаме были и участники международной конференции. (фото 5 Джанет Кагаме)

Здравоохранение на Мальте

Знакомство с Мальтийским здравоохранением началось уже на церемонии открытия конференции с выступления премьер-министра страны, Лоуренса Гонзи, подчеркнувшего приоритетность развития медицины для Мальты, приоритетность задач по поддержке сестринского персонала.

Надо сказать, что к профессии медицинской сестры на Мальте испытывают глубокое уважение, уходящее корнями в историю этой страны. Будучи расположенной на перекрестке морских путей из Европы в Африку и Азию, Мальта служила стратегическим форпостом. Фарисеи, Римляне, Германцы, армии Франции и Британского Королевства при осуществлении завоевательных походов никогда не обходили Мальту. Обнесенная крепостями, Мальта старалась сохранить нейтралитет и служила островным госпиталем для раненых в морских сражениях солдат. В период Первой мировой войны жителей Мальты стали называть средиземноморскими медсестрами. Фото 6 – Мальтийские рыцари

Свой титул Мальтийцы сохраняют и в современной истории – только за последние месяцы через территорию Мальты прошли и получили медицинскую помощь тысячи Ливийских беженцев. Медицина катастроф, военная медицина на Мальте отлично развиты; бригады врачей и медицинских сестер всегда находятся в боевой готовности для выезда на территории других государств.

Правительство Мальты инвестирует в развитие национальной системы здравоохранения значительные ресурсы. В 2007 году в стране была открыта новая современная клиника на 906 коек. Затраты на строительство и оснащение больницы составили порядка полумиллиарда Евро. В учреждении функционирует 25 операционных, из 7156 помещений больницы 6700 оборудованы сверхсовременной медицинской аппаратурой. Каждый пациент за незначительную плату получает доступ к ТВ, интернету, радио прямо у своей постели. Кроме того, каждая кровать снабжена кнопками вызова медсестры и экстренного вызова бригады кардио реанимации. Площадь учреждения составляет 250 тысяч квадратных метров; медицинскую помощь в этом центре получают 80% мальтийцев. В учреждении работают 1277 медицинских сестер и 149 акушерок.

В типичном отделении мальтийской больницы 24 койки, в дневное время работают руководитель сестринской службы и/или заместитель, от 4 до 6 медицинских сестер и 2 младшие медсестры. В ночное время 2 медицинские сестры и 1 младшая медсестра. В отделениях интенсивной терапии на 1 медсестру приходится 1 пациент.

Обращаясь к участникам международной конференции с ключевым докладом Медицинские сестры – движущая сила качества и доступности медицинской помощи и здоровья, Диана Мэйсон (США) продемонстрировала, что традиционные управленческие решения, наиболее дорогостоящие и яркие – далеко не всегда самые эффективные и необходимые. Приоритетом в системе здравоохранения должны быть не томографы и другие дорогостоящие аппараты, а квалифицированные специалисты.

Медицинская помощь бесплатна, т. е. финансируется государством из поступающих налоговых отчислений; граждане Мальты оплачивают только отдельные виды помощи в стоматологии, за собственные средства при-

Джанет Кагаме

Мальтийские рыцари

обретают очки и медикаменты (пациенты с хроническими заболеваниями получают медикаменты бесплатно, медикаментозная терапия в учреждениях также оплачивается за счет общенациональной страховки). Бесплатное лечение на Мальте предоставляется не только гражданам страны, но и гражданам Евросоюза, а также лицам из других стран, имеющих разрешение на работу на Мальте, беженцам.

В 2000 году в отчете ВОЗ по уровню развития здравоохранения Мальте было присвоено почетное 5 место. Сегодня Мальтийцы стремятся повысить планку – достичь к 2015 году статуса Европейского центра здоровья, развивают лечебный туризм.

Тем не менее, красивые и оснащенные медицинские центры – далеко не все, что требуется для функционирования системы здравоохранения. Мальта испытывает нехватку сестринских кадров.

Мальта	Россия
Население	
403000 человек	141,9 млн
Продолжительность жизни:	
• Мужчин 77,2 • Женщин 82,5	• Мужчин 62,77 • Женщин 74,67
Обеспеченность сестринским персоналом на 10000 населения:	
• 64,5 медсестер • 3,7 акушерок	• 73,6 медсестер • 8,8 акушерок • 11,2 фельдшеров

«Исследование с участием 25% американских клиник показало, что каждый дополнительный пациент увеличивает смертность на 7%. Уменьшение нагрузки на медсестру на 1 пациента снижает смертность на 9% (при условии, что в клинике созданы благоприятные и безопасные условия)», – *Линда Айкен, США.*

Правительство реализует последовательные шаги по решению кадровой проблемы – за последние годы на работу привлечено порядка 300 медицинских сестер из других стран. Но сохраняется острый дефицит, необходимо в кратчайшие сроки привлечь еще 400 медицинских сестер. Внутренние кадровые резервы очень ограничены. Привлекать на работу медсестер из других стран проблематично – английский язык среди мальтийского населения пока не получил 100% распространения, а выучить мальтийский язык, без которого невозможно общение медсестры с пациентом, достаточно сложно.

Как отметил в своем выступлении руководитель по сестринскому и акушерскому делу Мальты Жесмон Шарпль, в том, что касается решения кадровой проблемы, правительство уделяет большое внимание обучению. Ресурсы ограничены и для обеспечения безопасности необходимо расширять знания медицинских сестер, гарантировать наличие кадровых резервов для оказания специализированной сестринской помощи. Кроме того, ставится задача позиционирования Мальты в качестве центра последипломной подготовки медицинских сестер – из Евросоюза и других стран, чтобы впоследствии некоторые из студентов остались работать на Мальте.

Институт сестринского дела в Мальтийском университете был открыт в 1988 году. Основная программа обучения – бакалавриат для медицинских сестер и акушерок, с 2004 года открыта магистерская программа. Правительство и профессиональная ассоциация стремятся к тому, чтобы сестры занимались преподавательской, наставнической и исследовательской работой.

На фоне высоких достижений мальтийского здравоохранения нельзя не замечать и имеющихся проблем. Как отметил Пол Пэйс, президент Мальтийского союза медсестер и акушерок, специалисты сегодня испытывают значительное давление. Уровень нагрузки на сестринский персонал должен быть строго рассчитан и регламентирован, условия труда существенно улучшены. Коечного фонда в стране не хватает. Медицинские сестры нередко оказывают помощь в коридорах, комнаты для персонала не предусматриваются. Нехватка персонала ведет к тому, что медицинским сестрам запрещают уходить в отпуск. Оплата труда остается неудовлетворительной, и в имеющихся условиях привлечение в профессию дополнительных кадров оказывается за гранью возможностей. Ассоциация предлагает реформировать сестринское образование: снять все ограничения на набор студентов, осуществлять его дважды в год и сократить срок обучения с 4 до 3 лет. И параллельно решать проблемы практического здравоохранения – совершенствовать рабочие места, повышать уровень оплаты труда и профессиональный статус сестринского персонала.

Орехова Людмила Ивановна

20 мая 2011 года Людмила Ивановна, главная медсестра Рязанского областного кожно-венерологического диспансера в кругу коллег, друзей и единомышленников отметила юбилей.

36 лет трудится Людмила Ивановна в родном диспансере, прошла все этапы профессионального роста: от рядовой до главной медсестры. Вот уже 21-й год она возглавляет сестринский коллектив диспансера. Ее характеризует высокая компетентность, организаторский талант и трудолюбие, умение принять правильное решение в сложных ситуациях.

Людмила Ивановна воспитала не одно поколение медицинских сестер, обладает хорошими новаторскими идеями. А еще хочется отметить, что у Людмилы Ивановны прекрасная дочь Евгения, которая пошла по стопам мамы, работает медицинской сестрой в этом же диспансере.

Людмила Ивановна по праву пользуется огромной любовью и уважением коллектива, коллег и пациентов! Ее профессионализм и трудовые победы были неоднократно отмечены наградами.

От имени Правления Рязанской ассоциации медсестер поздравляем Людмилу Ивановну с юбилеем, желаем ей крепкого здоровья, семейного благополучия, радости, творческих успехов, новых свершений в благородном и нужном деле.

Косарева Нина Николаевна

«Мои года – мое богатство» – можно сказать о Нине Николаевне Косаревой, которая встретила свое 60-летие в мае. Нина Николаевна энергичный человек, признанный лидер общественного движения в Самарской области с 1998 года и по настоящее время.

Её карьера началась с 1969 года на кафедре детских болезней Куйбышевского медицинского института; с 1990 года по настоящее время Нина Николаевна работает в Самарском диагностическом центре.

На работе, как в личной жизни – все четко, ответственно, качественно. Высокий профессионализм, знания, опыт Нины Николаевны в управлении сестринским делом несет отпечаток принципиальности, ответственности, требовательности в работе с персоналом клиники и общественной организации. В трудное время реорганизации ассоциации коллеги поверили в своего лидера. Итог достижений налицо – сегодня Самарская региональная общественная организация медицинских сестер объединяет 10315 специалистов сестринского дела. С 2000 года Нина Николаевна – член Правления РАМС.

Мы поздравляем Нину Николаевну с замечательным Юбилеем. Желаем здоровья, энергии, успехов во всех вопросах развития сестринского дела в Самарской области.

Викторова Ванда Ивановна

Свой жизненный путь длинной в 60 лет хрупкая, изящная, но волевая женщина начала с родного села Шигали, Канашского района Чувашской Республики.

Школа, медицинское училище – воплощение детской мечты: «Быть медсестрой».

Время вносит свои коррективы и Ванда Ивановна повышает свою профессиональную планку – процедурная медсестра, операционная сестра, старшая сестра, главная медсестра, главный внештатный специалист по сестринскому делу Минздрава Чувашской республики. Соответствовать времени – значит повышать уровень образования. Ванда Ивановна учится в Чувашском государственном университете им. И.Н. Ульянова.

Сестринское сообщество республики выбирает Викторову В.И. своим лидером

С 1997 года и по настоящее время Ванда Ивановна президент ОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников Чувашской Республики». В течение 5 лет она была членом Правления РАМС.

Её достижения отмечены Почетными грамотами Минздравсоцразвития Чувашской Республики, Минздравсоцразвития РФ, Российской ассоциации медицинских сестер.

От имени Правления РАМС сердечно поздравляем Ванду Ивановну с Юбилеем, желаем крепкого здоровья, счастья, благополучия!

ЛАБИРИНТ КОНФЛИКТОВ

НЕИЗБЕЖНОЕ ЯВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЖИЗНИ

Ульяна МАКСИМЕНКО
фельдшер ССМП ЦАО, г. Омск

В современном обществе существует такая социально-психологическая проблема, как эмоциональное выгорание у специалистов социальных профессий, которая сказывается и на самочувствии работников, и на эффективности их труда. Хроническая усталость, снижение интереса к работе, апатия или агрессивно-раздраженное отношение к тому, чем занимаешься – все это очевидные симптомы эмоционального выгорания. Если меры профилактики этого состояния вовремя не приняты, наступают серьезные последствия для качества медицинской помощи, среди которых:

- Небрежность в работе и записях;
- Неадекватное назначение медикаментов и дозировок;
- Неадекватная реакция на срочность;
- Снижение квалификации;
- Жалобы на персонал;

Сегодня мнение пациента становится неотъемлемой частью оценки качества медицинской помощи. Качество медицинской помощи рассматривается с разных позиций – эффективности, адекватности, экономичности, а так же морально – этических норм.

В основе конфликтов зачастую лежит непонимание ситуации. Само состояние человека, связанное с болезнью зачастую вызывают массу негативных эмоций, которые так и готовы выплеснуться на медицинских работников. Поскольку сфера оказания медицинской помощи столь конфликтна, медицинским работникам важно знать, как правильно вести себя в конфликтной ситуации, чтобы сохранить свое эмоциональное состояние, чтобы наиболее профессионально и качественно оказать медицинскую помощь. Конфликты случаются не только между медицинскими работниками и пациентами, они имеют место и между коллегами, и между руководителями и подчиненными. Надеемся, что приведенные ниже приемы помогут вам эффективно разрешать даже самые острые конфликтные ситуации.

Кодекс поведения в конфликте:

1. Дайте партнеру «выпустить пар». Если он раздражен и агрессивен, то нужно помочь ему снизить внутреннее напряжение.

2. Во время его «взрыва» следует вести себя спокойно, уверенно, но не высокомерно. Наилучший прием в эти минуты – представить, что вокруг тебя есть оболочка (аура), через которую не проходят стрелы агрессии. Вы изолированы, как в защитном коконе. Немного воображения, и этот прием срабатывает.

3. Потребуйте от него спокойно обосновать претензии.

4. Скажите, что будете учитывать только факты и объективные доказательства.

5. Эмоции отметайте вопросами: «То, что вы говорите, относится к фактам, или вашему мнению, догадке?»

6. Сбивайте агрессию неожиданными приемами: Задайте вопрос совсем о другом, но значимом для него. Напомните о том, что вас связывало в прошлом и было очень приятным. Сделайте комплимент («В гневе вы еще красивее... Ваш гнев гораздо меньше, чем я ожидал, вы так хладнокровны в острой ситуации...»). Выразите сочувствие: тому, что он (она) потерял слишком много. Главное, чтобы ваши просьбы, воспоминания, комплименты переключали сознание разъяренного партнера с отрицательных эмоций на положительные.

7. Не давайте ему отрицательных оценок, а говорите о своих чувствах.

8. Не говорите: «Вы меня обманываете» – лучше звучит: «Я чувствую себя обманутым». Не говорите: «Вы грубый человек» – лучше скажите: «Я очень огорчен тем, как вы со мной разговариваете».

9. Попросите сформулировать желаемый конечный результат и проблему как цепь препятствий. Проблема – это то, что надо решать.

10. Предложите оппоненту высказать свои соображения по разрешению возникшей проблемы и свои варианты решения.

11. Не ищите виновных и не объясняйте создавшееся положение, ищите выход из него.

12. Не останавливайтесь на первом приемлемом варианте – предложите разные и выберите наилучший.

Письменные заявления и жалобы от граждан на «Скорую помощь» г. Омска

№ п/п		2007 г.	2008 г.	2009 г.
Содержание писем				
1.	О неправильной диагностике и лечения	1	9	11
2.	О грубости, невнимательности, нетактичности	2	1	6
3.	Организационные недостатки	2	4	9
4.	Прочие	-	2	4
5.	Благодарность	15	18	20
	Итого	**20**	**34**	**50**
Степень подтверждения жалоб				
1.	Подтвердились полностью	2	2	2
2.	Подтвердились частично	3	1	3
3.	Не подтвердились	-	9	25
	Итого	**5**	**12**	**30**

13. При поиске путей решения помните, что следует искать взаимоприемлемые и взаимовыгодные.

14. В любом случае дайте партнеру «сохранить свое лицо». Не позволяйте себе распускаться и отвечать агрессией на агрессию.

15. Не задевайте достоинства собеседника.

16. Не затрагивайте личности оппонента. Давайте оценку только его действиям и поступкам. Можно сказать: «Вы уже дважды не выполнили свое обещание», но нельзя говорить: «Вы необязательный человек».

17. Отражайте, как эхо, смысл его высказываний и претензий. Кажется, что все понятно, и все же: «Правильно ли я вас понял?», «Вы хотели сказать...?», «Позвольте я перескажу, чтобы убедиться, правильно ли я вас понял или нет».

18. Держитесь как на острие ножа в позиции «на равных».

19. Держитесь твердо в позиции спокойной уверенности.

20. Не бойтесь извиниться, если чувствуете свою вину.

21. Ничего не доказывайте.

22. Замолчите первым. Если так уж получилось, что вы потеряли контроль над собой и не заметили, как вас втянули в конфликт, попытайтесь сделать единственное – замолчите.

23. Молчание не должно быть обидным для партнера. Если же оно окрашено издевкой, злорадством или вызовом, оно может подействовать как красная тряпка на быка.

24. Не характеризуйте состояние оппонента.

25. Уходя, не хлопайте дверью. Ссору можно прекратить, если спокойно и без всяких слов выйти из комнаты.

26. Говорите, когда партнер остыл.

27. Если вы замолчали и партнер расценил отказ от ссоры как капитуляцию, лучше не опровергать этого.

28. Держите паузу, пока оппонент остынет.

29. Позиция отказавшегося от ссоры должна полностью исключать что бы то ни было обидное и оскорбительное для партнера.

30. Побеждает не тот, кто оставляет за собой последний разящий выпад, а тот, кто сумеет остановить конфликт в начале, не даст ему разгона.

НОВОСТИ КОРОТКОЙ СТРОКОЙ

М.А. Зверева
Президент КРОО «Ассоциация медицинских сестер»

20–21 апреля в Республике Карелия состоялись 2 крупных республиканских мероприятия – семинар «Этика в сестринском деле» и межрегиональная конференция медицинских сестер неонатального профиля. Оба прошли с участием президента РАМС В.А. Саркисовой, и исполнительного директора О.П. Комиссаровой.

20 апреля 2011 г. на базе АОУ СПО РК «Петрозаводский базовый медицинский колледж» состоялся Республиканский семинар «Этика в сестринском деле» организованный Карельской Ассоциацией медицинских сестер совместно с колледжем и при поддержке Министерства здравоохранения и социального развития Республики Карелия.

Участниками семинара стали медицинские сестры из лечебно-практических учреждений города и Республики, в том числе старшие и главные медицинские сестры, а так же студенты и преподаватели медицинского колледжа. Семинар прошел с участием А.Г. Михайлова – начальника управления организации медицинской помощи Министерства здравоохранения и социального развития Республики Карелия, А.Ф. Слепцова, директора колледжа. В ходе семинара участники рассмотрели этические аспекты взаимодействия медицинских сестер и пациентов, этические основы управления сестринским персоналом, представили опыт работы Этико-правового комитета Карельской ассоциации.

В заключение семинара В.А. Саркисова провела совещание с главными медицинскими сестрами ЛПУ, на котором были рассмотрены вопросы членства в ассоциации медицинских сестер, активной позиции медицинских сестер руководителей в развитии сестринской общественной организации Карелии и России, перспективы развития сестринского дела и планы работы Ассоциации медицинских сестер. В поддержку деятельности Ассоциации медицинских сестер Карелии выступила главная медицинская сестра НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Петрозаводск ОАО «РЖД» И.А. Милай.

21 апреля 2011 года на базе ГУЗ «Детская республиканская больница» проведена межрегиональная сестринская конференция «Современный взгляд медицинской сестры на выхаживание новорожденных». Конференция приобрела межрегиональный характер, ее участниками стали не только медсестры и студенты Республики Карелия, но и коллеги из Вологды и Череповца.

В рамках работы конференции обсуждались вопросы оказания помощи новорожденным детям в Республике Карелия, ухода и выхаживания критически-больных новорожденных, этические аспекты деятельности медсестры неонатального профиля, вопросы инфекционной безопасности, позиционной терапии, как метода профилактики и лечения в выхаживании новорожденных.

Надеемся, что традиции Карельской ассоциации медицинских сестер не будут утеряны и работа по повышению квалификации сестринского персонала будет продолжена. Мероприятия всколыхнули сестринскую общественность Карелии – в течение мая в КРОО «Ассоциация медицинских сестер» вступили 40 новых членов.

ЕДИНЫЙ ПОДХОД В СЛУЖБЕ КРОВИ

ОПТИМАЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Зангерова Е.Ю.
Гавный врач Республиканской станции переливания крови РМЭ;

Пайбактова Т.А.
Главная медицинская сестра РСПК РМЭ;

Организация качественной гемотрансфузионной помощи в стационаре является важной частью лечебного процесса для пациентов, нуждающихся в переливании компонентов крови или кровезаменителей. Широкое применение гемотрансфузионной терапии и оказание трансфузиологической помощи в лечебно-профилактических учреждениях в системе здравоохранения обеспечивает служба крови. Трансфузиология – наука постоянно развивающаяся, арсенал ее средств и методов непрерывно пополняется, она все активнее входит в современные терапевтические программы лечения различных заболеваний.

Основным учреждением Республики Марий Эл, осуществляющим заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и её компонентов является Республиканская станция переливания крови, которая обеспечивает компонентами донорской крови 25 лечебных учреждений.

Успешность лечебного процесса, эффективность гемотрансфузионной терапии, рациональное использование дорогостоящих компонентов напрямую зависит от того насколько четко организовано взаимодействие между станцией переливания крови, как производителем, и стационаром, как потребителем.

И здесь огромную роль играет персонал со средним медицинским образованием, поскольку именно сестры, фельдшера, акушерки призваны обеспечить качество и безопасность гемотрансфузий при выполнении большинства процедур.

Именно поэтому Медсоветом РСПК было принято решение при проведении ежегодных плановых проверок по организации гемотрансфузионной терапии в лечебных учреждения обратить особое внимание на уровень знаний и практических навыков по данному вопросу у среднего медицинского персонала.

Врачами станции совместно с главной медицинской сестрой и средним медицинским персоналом были проведены проверки кабинетов переливания крови, процедурных кабинетов, осуществлялся ежедневный мониторинг соблюдения правил транспортировки компонентов. Также проводилось анонимное анкетирование медицинских работников ЛПУ с целью определения уровня знаний по вопросам переливания крови и её компонентов, определению групповой и резус принадлежности, правилам хранения продуктов донорской крови.

Медицинским сестрам кабинетов переливания крови была предоставлена возможность задать интересующие их вопросы по организации трансфузионной терапии, а также высказать замечания и пожелания по работе сотрудников станции переливания крови. Для этого был установлен специальный почтовый ящик, в котором все желающие могли оставить анонимные или с указанием своих данных обращения к персоналу станции.

Подведение результатов плановых проверок, анализ анкет и обращений средних медицинских работников выявил ряд проблем:

- проблемы, связанные с недостатком финансирования, решение которых не зависит от среднего медицинского работника (например, недостаточное количество термоконтейнеров, устаревшие холодильники для хранения компонентов крови и т. п.);
- проблемы организационного характера, решение которых зависит от руководителя, в частности от главной медицинской сестры (организация обучающих семинаров, мастер- классов по вопросам переливания крови и ее компонентов в ЛПУ);
- недостаток знаний и информации по вопросам переливания крови, порядку ведения учетно–отчетной документации, отсутствие на рабочих местах у среднего медицинского персонала основных регламентирующих документов.

В актах проверок РСПК встречаются нарушения, среди которых:

- получение гемокомпонентов со станции переливания крови и дальнейшую транспортировку компонентов крови осуществляет водитель или специалист без доверенности;
- не ведется журнал учета температурного режима в холодильниках, где хранятся гемокомпоненты;
- не ведется журнал макроскопической оценки эритроцитарной массы;
- отделения и лаборатории ЛПУ работают одной серией цоликлонов для определения групп крови и резус фактора;
- процедурные медицинские сестры в отделениях не знают правила проведения биологической

пробы при переливании компонентов крови и др.

Таких примеров, к сожалению, немало, но данные нарушения, конечно, не касаются всех лечебных учреждений.

Был составлен план мероприятий, направленный на решение данных проблем, охватывающий зоны ответственности главных медицинских сестер, среднего медицинского персонала кабинетов переливания крови, процедурных кабинетов. Поскольку организация столь масштабного мероприятия по обучению медицинских сестер проводилась Республиканской станцией переливания крови впервые, мы обратились за помощью и советом в РОО «Ассоциацию средних медицинских работников РМЭ» к председателю Евгении Яковлевне Кузьминых, после чего мероприятия по обучению специалистов были внесены в годовой план работы Ассоциации.

Основной целью организации данных мероприятий являлось

- определение единых требований по вопросам организации гемотрансфузионной терапии на уровне средних медицинских работников;
- оптимизация организации работы сестёр кабинетов переливания крови, процедурных медицинских сестёр ЛПУ республики по осуществлению гемотрансфузионной терапии.

Мы ставили перед собой следующие задачи:

- довести до главных медицинских сестёр основные проблемы в организации работы кабинетов переливания крови ЛПУ на уровне средних медицинских работников;
- восполнить недостаток информации по организации трансфузионной терапии, обеспечив средний медицинский персонал ЛПУ нормативной документацией, методическими рекомендациями, едиными формами учётно-отчётной документации;
- провести учебный семинар с главными медицинскими сёстрами по вопросам организации трансфузионной терапии;
- провести учебный семинар и практическое занятие с медицинскими сёстрами кабинетов переливания крови;
- провести республиканскую конференцию для процедурных медицинских сестёр;
- проанализировать эффективность запланированных мероприятий путём анкетирования и контроля на рабочих местах.

Период реализации был намечен с сентября 2008 года по август 2010 года. Все поставленные задачи были успешно выполнены.

При проведении семинаров и конференций для всех лечебных учреждений и кабинетов переливания крови были подготовлены диски с информацией по организации гемотрансфузионной терапии, транспортировке компонентов крови, правилам хранения компонентов крови. На дисках содержалась также нормативно-правовая документация по трансфузионной терапии, формы учетных журналов и заявок на компоненты крови, обучающие материалы по определению группы крови и резус фактора, показания и противопоказания по применению компонентов крови.

На занятиях

При финансовой поддержке РОО «Ассоциации средних медицинских работников РМЭ» были выпущены инструктивно-методические рекомендации по вопросам переливания крови, ее компонентов, препаратов, кровезаменителей и профилактике посттрансфузионных осложнений для среднего медицинского персонала, плакаты для кабинетов переливания крови.

Данный проект был актуален как для ЛПУ, так и для сотрудников Республиканской станции переливания крови, так как вовлечённость в реализацию проекта сестринского персонала станции, являлась косвенной формой повышения квалификации.

Каковы же результаты проделанной работы?

Основной целью всех проведенных мероприятий была организация единого подхода к работе всех структур ЛПУ, чья работа связана с переливанием компонентов крови, что в конечном итоге определяет качество, оказываемой трансфузиологической помощи пациенту.

Анализ проведенных мероприятий показал следующее:

- повысился уровень знаний средних медицинских работников по вопросам гемотрансфузионной терапии;
- все ЛПУ обеспечены основной нормативной документацией по организации гемотрансфузионной терапии;
- уменьшилось количество замечаний при проводимых врачами РСПК проверках ЛПУ.

Однако, несмотря на всю проведенную работу, есть и определенные препятствия для реализации всех намеченных нами планов, а именно, недостаточная активность отдельных главных медицинских сестер ЛПУ или же недоведение до сведения сестринского персонала всей предоставленной информации в полном объеме.

В следующих статьях мы планируем осветить темы по организации работы кабинета переливания крови, роли процедурной сестры в организации гемотрансфузионной терапии в стационаре, самой процедуре переливания компонентов крови, правилам определения группы крови и резус фактора, характеристикам основных компонентов крови.

Информация дороже денег

Ни для кого не секрет: информация дороже денег.

Однако и убыток она может принести значительный – если окажется неверной или устаревшей.

В наше время информация теряет актуальность очень быстро, и новые сведения появляются так же стремительно. Особенно это касается нормативных и законодательных актов, а также тех материалов, которые на них опираются.

Реформа здравоохранения, которая проводится в нашей стране, предъявляет высокие требования не только к уровню профессиональной и законодательной информированности главных и старших медсестер, но и к **своевременности** знакомства с последними нормативными и законодательными документами. Именно в этом и состоит главная цель наших изданий, в частности, **настольных справочников главной медицинской сестры, руководителя аптечной организации и руководителя ЛПУ.**

Любая книга быстро теряет свою актуальность, особенно если учесть длительность процесса подготовки и то время, иногда весьма продолжительное, пока Вы найдете ее на полке магазина.

Справочники Издательства Форум Медиа лишены этих недостатков, потому что издаются с использованием технологии сменных страниц, распространяются по подписке и доставляются курьерской службой.

Это означает, что, заказав справочник и получив основное издание, каждые четыре месяца Вы будете получать коробочку с обновлением – новыми страницами взамен страниц с устаревшими сведениями, а также с дополнительными материалами.

Наши справочники не сброшюрованы, находятся в папке-регистраторе, поэтому замена страниц не представляет трудностей.

К изданию прилагается диск (также обновляемый каждые четыре месяца), на котором помещены последние нормативные и законодательные материалы, различные инструкции, а также образцы и шаблоны документов, которые во множестве приходится заполнять тем, кто по роду своей деятельности должен выполнять административные функции. Эти документы легко найти благодаря удобной поисковой системе и распечатать в необходимом количестве.

Читателям журнала «Вестник Российской ассоциации медицинских сестер» мы представляем **«Настольный справочник главной медицинской сестры: успешное управление сестринскими службами ЛПУ».** В его оглавлении отражены основные вопросы, которые ежедневно приходится решать главной медсестре. Отдельные главы посвящены правовым вопросам профессиональной деятельности среднего медперсонала, охране труда медицинского персонала, обеспечению инфекционной безопасности медицинского учреждения, хозяйственной деятельности главной медсестры, организации работы сестринских служб.

Дополнительное преимущество наших изданий состоит в том, что содержание обновлений формируется с учетом потребностей и пожеланий наших подписчиков. Для этого им рассылаются анкеты с предполагаемыми темами, а также предоставляется возможность задать собственные вопросы.

На сайте нашего издательства открыт блог «Медицина и Фармация. Проблемы. Обсуждение. Решения» (**http: //www.forum-media.ru/med/**), где наши эксперты комментируют спорные и сложные вопросы применения законодательства в сфере здравоохранения, а подписчики могут задать интересующие их вопросы.

Авторами справочника главной медсестры являются признанные профессионалы: специалисты МАПО, РАМС, а также практикующие специалисты ведущих клиник.

«Настольный справочник главной медицинской сестры» получил высокие оценки профессионалов. Практическую ценность справочников и удобство подачи материалов отметили Г.М. Подопригора, президент СПб регионального отделения общероссийской общественной организации «Ассоциация медицинских сестер России», и Э.Ж. Казарян, главная медсестра Санкт-Петербургского учреждения здравоохранения «Родильный дом № 9».

Ведущий редактор издания
Татьяна Валентиновна Собко

ООО «Издательство Форум Медиа»
194021 Санкт-Петербург,
ул. Шателена, д. 26 литер А, оф. 112
Тел. **(812) 635-86-11**
e-mail: info@forum-media.ru
www.forum-media.ru

Недооценка важности сестринского дела существенно тормозит развитие ЛПУ

Настольный справочник главной медицинской сестры (+ CD)

Успешное управление сестринскими службами ЛПУ

Регулярно обновляемое издание
поможет улучшить организацию работы сестринской службы, повысить рейтинг медицинского учреждения, найти решения спорных вопросов правовым путем. Свои советы и рекомендации дают специалисты МАПО, факультетов ВСО, Национальной ассоциации медицинского права, представители надзорных органов и практикующие руководители ЛПУ.

Основные темы справочника

1. Правовое обеспечение профессиональной деятельности среднего медицинского персонала
2. Работа с персоналом
3. Охрана труда сестринского медперсонала
4. Организация инфекционного контроля и обеспечение инфекционной безопасности
5. Хозяйственная деятельность
6. Организация работы сестринской службы ЛПУ
7. Контроль качества медицинской сестринской помощи в подразделении ЛПУ

Для приобретения справочника заполните следующую заявку

Да, я заказываю
___ экз. справочника

Оплату гарантируем

[М.П.]

_____ Подпись

« » _____ 201__ г.

Заявка-договор

С существенными условиями на момент подписания настоящей заявки ознакомлен:

Оплата по безналичному расчету **после получения товара**.

Справочник состоит из основного издания и регулярных обновлений.

Осн. изд. (Арт. 6031): в папке-регистраторе формата А5 (более 300 стр.) и CD. **Цена: 4950 р.** без учета НДС (18%). **В цену включена курьерская доставка в офис.**

Обновления выходят 3 раза в год, оплачиваются отдельно. Поставка обновлений может быть прекращена по письменному отказу.

График выпуска обновлений: февраль, июнь, октябрь.
Подробнее см. на нашем сайте **www.forum-media.ru**.

Если есть особенности в оформлении бухгалтерских документов, просьба приложить карточку предприятия или образец счета-фактуры.

При заказе от организации **печать обязательна**

Название организации
_____

Фактический адрес (для курьерской доставки):
Индекс _____ Город, область _____
Улица _____ № дома / офиса _____
Тел. (с кодом города) (_____) _____ Факс (с кодом города) (_____) _____
ИНН_____ КПП _____
Юридический адрес (для счетов-фактур и накладных): _____
_____
ФИО контактного лица e-mail
_____ [ ]
Вид деятельности предприятия
[ ] 231/11

Пришлите заполненный бланк заказа по факсу **(812) 635-86-12**, или по e-mail: **info@forum-media.ru**
Тел. (812) 635-86-11

☑ Я согласен получать информацию о продукции Издательства Форум Медиа
Если Вы больше не хотите получать нашу информацию, пожалуйста, сообщите об этом по факсу (812) 635-86-12

Научные исследования в сестринском деле: постановка вопроса исследования (часть 2)

- **Барбара МАНДЛЕКО**
  Ддоктор наук семейной медицины и человеческого развития. 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 её исследовательские интересы включают проблемы адаптации семьи к ребёнку с хроническими заболеваниями, а также методам обучения и вовлечения студентов в научную деятельность
- **Мария ДРИЙВЕР**
- **Джанет ЛАРСОН**

Этой публикацией мы продолжаем разговор о первом этапе выполнения сестринского исследования, а именно – о постановке исследовательского вопроса. В первой статье, опубликованной в предыдущем выпуске Вестника, мы дали определение исследовательского вопроса, рассмотрели источники возникновения таких вопросов. Ключевой задачей подготовки исследования также является точная формулировка вопроса, которым специалист будет далее руководствоваться при проведении исследования. Как раз в этой статье мы и обсудим, как именно лучше всего сформулировать исследовательский вопрос.

Чтобы сформулировать вопрос, который можно проверить, протестировать, раскрыть в рамках научного исследования, важно соблюсти ряд правил (см. табл. 1). **Во-первых,** исходя из специфики группы пациентов, следует определить проблемную область, например, ощущение боли у детей в послеоперационном периоде, и сформулировать несколько вопросов, имеющих отношение к данной проблеме. **Во-вторых,** конкретизировать вопрос таким образом, чтобы в нем четко были выделены ***переменные*** (см. табл. 2). Например, излишне широкий вопрос может звучать следующим образом: почему пациенты, испытывающие боль в послеоперационном периоде, не обращаются за обезболивающими препаратами? В более конкретизированном виде этот вопрос мог бы звучать так: каков уровень боли у ребенка в послеоперационном периоде, если обезболивающие препараты вводятся каждые 4 часа в течение первых суток после операции в сравнении с уровнем боли, который отмечается, если препараты выдаются по просьбе ребенка? Вопросы относительно боли можно сформулировать поразному, вариантом вопроса может быть и такой: Каковы признаки и симптомы боли у детей? Или, каковы результаты действия обезболивающих препаратов, если они выдаются строго по назначению врача в сравнении с выдачей по просьбе ребенка, и каков уровень боли в группах пациентов 6 и 10 лет?

Таблица 1

Последовательность формулировки исследовательского вопроса

Определите проблемную область, исходя из специфики группы пациентов

↓

Запишите несколько вопросов, относящихся к проблеме

↓

Конкретизируйте вопрос и выделите в нем переменные

↓

Определите, насколько важен ответ на поставленный вопрос для сестринского дела

↓

Решите, что вы можете сделать для ответа на вопрос в рамках своей организации

↓

Подумайте, можно ли проверить ваш вопрос

Таблица 2

Определение терминов

Переменная – это характеристика или параметр, который необходимо исследовать, например, площадь поражения кожных покровов, или уровень боли
Явление – наблюдаемое событие или факт, такой как жалобы пациента на боль или возникновение и распространение поражения кожи

В-третьих, чрезвычайно важно оценить значение поставленных вопросов для сестринского дела. Важность ответа на вопрос для профессии может быть определена с разных точек зрения. Среди них: вклад в расширение знаний о сестринском деле, польза пациентам, членам их семей, медицинским сестрам; ответ на вопрос – результаты исследования – могут быть использованы в практике/исследованиях/при обучении медсестер; результаты могут быть использованы для поддержки/разработки/сохранения/пересмотра руководств/рекомендаций для сестринской практики.

В-четвертых, необходимо понять, можно ли ответить на поставленный вопрос внутри своего учреждения/организации. Для этого нужно оценить, насколько важен вопрос для данного учреждения, сколько лиц заинтересовано в его решении, поддержат ли изучение этого вопроса руководители сестринской службы, сколько будет стоить это исследование и является ли его проведение экономически оправданным; какие препятствия могут возникнуть при поиске ответа на поставленный вопрос в данном учреждении, найдется ли достаточное число участников исследования в этом учреждении, достаточное число помощников.

В-пятых, важно удостовериться, что вопрос можно проверить. Иными словами, в вопросе должны быть отражены поддающиеся измерению переменные, в изучении которых заинтересован специалист. Например, если вопрос сформулирован таким образом: Должны ли дети контролировать объем получаемых обезболивающих медикаментов – будет не так легко измерить. Возможно, будет продуктивнее сформулировать вопрос иначе, с использованием проверяемых и тестируемых переменных, а именно: Какое влияние на уровень боли у детей оказывает введение обезболивающих препаратов по расписанию? Или Какое влияние на уровень боли оказывает введение обезболивающих препаратов у девочек и у мальчиков?

Как правильно сформулировать вопрос, на который может ответить исследование?

Прежде чем обсуждать, как правильно сформулировать вопрос, чтобы ответ на него стоило дать в ходе сестринского исследования, важно отметить, что далеко не по каждому поводу и в ответ на каждый вопрос следует проводить исследования. Например, ответить на вопрос: «Как следует ухаживать за пролежнями?», наилучшим образом можно, заглянув в Приказ МЗСР № 123 от 17.04.2002 г. Отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Пролежни», где шаг за шагом прописаны этапы и особенности ухода за пролежнем на основании научных данных. На такой вопрос можно также ответить, проведя обучение для медсестер согласно последним инструкциям. Таким образом, перед тем как сформулировать вопрос, необходимо решить, требуется ли его изучение посредством исследо-

вания, или ответ на него уже давно получен и содержится в утвержденных и действующих регламентирующих документах.

Хорошо сформулированный вопрос должен быть прямым и простым, таким, чтобы ответить на него было легко, чтобы основное внимание в нем акцентировалось на тех данных, которые важно собрать для ответа. (см. табл. 3). Ответы должны быть применимы в клинической практике и не сводиться к простым «да» или «нет». Например, вопрос «Испытывал ли ребенок боль?» не является пригодным для исследования. Вопрос лучше сформулировать так: Какого уровня достигла боль пациента через час после введения обезболивающих препаратов? Другие специалисты на основании этого вопроса могут сформулировать дополнительные: Каковы различия уровня боли у детей разного возраста (разного пола) через час после введения обезболивающих препаратов?

Таблица 3

Характеристики правильно сформулированных вопросов

Прямые и простые
Применимость в клинических ситуациях
Использование активного залога взамен пассивного
Определение группы пациентов, относительно которых возник вопрос
Определение лечения или вмешательства
Определение результата

Вопрос должен быть активным. Это значит, в нем важно избежать таких слов как «должны были бы» или «могли бы». На вопросы такого типа очень часто ответ сводится к «да» или «нет». Лучше всего формулировать вопросы, начиная их со слов Что или Почему, так как отвечая на такой вопрос исследователю потребуется провести наблюдение, принять участие в чем-либо, или провести опрос. При формулировке вопроса важно обозначить, какую группу пациентов вы будете изучать, или те характеристики пациентов, изучение которых важно для исследования (например, дети, испытывающие боль). Далее важно понять, какое лечение или вмешательство будет в центре вашего внимания (например, частота введения препаратов, или присутствие родителей). И, наконец, стоит определить тот результат, которого вы хотите достичь благодаря исследованию (например, снижение частоты обращений за обезболивающими препаратами).

В хорошо сформулированном вопросе можно выделить две основные части: активная основа (что или почему) и тема (относительно чего задан вопрос). Например, в вопросе: «Чем характеризуется ребенок, испытывающий боль?», активной основой выступает слово «чем», а темой является фраза «характеризуется ребенок, испытывающий боль». В другом примере «Каковы различия в уровне боли у детей младшего и старшего возраста через час после введения обезболивающих препаратов?», активной основой является слово «какова», а темой «различия в уровне боли у детей младшего и старшего возраста через час после введения обезболивающих препаратов».

Для формулировки вопроса важно решить, какой вид исследования необходимо провести, качественное или количественное. (Определения этих видов исследований приведены в табл. 4). Например, вопросы для количественных исследований, в которых обычно изучаются переменные или зависимость переменных от характеристик групп пациентов, формулируются иначе, чем вопросы для качественных исследований. Для количественного исследования вопрос может быть направлен на изучение зависимости между переменными, такими как лечение, процедура или диагноз; прогноз заболевания или состояния, или этиология состояния. Примером вопроса, направленного на изучение зависимости по поводу лечения, может послужить следующий: «Каково влияние присутствия родителей (лечение/вмешательство) во время болезненной процедуры (процедура), выполняемой детям (группа пациентов) на уровень боли (результат)?». Вопрос, касающийся процедуры, можно сформулировать так: «Дает ли присутствие родителей (лечение/вмешательство) во время болезненной процедуры (процедура), проводимой прооперированным детям (группа пациентов), поддающиеся оценке результаты (результаты)?». Вопрос, связанный с условиями, мог бы звучать следующим образом: «Оказывает ли присутствие родителей в ходе болезненной процедуры (условия) у детей в послеоперационном периоде (группа пациентов) влияние на уровень боли (результат)?». И наконец, вопрос относительно этиологии/вреда мог бы звучать так: «Повышает ли присутствие родителей при болезненной процедуре (подвергание условию, потенциально способному нанести вред) у детей в послеоперационном периоде (группа пациентов) риск боли (результат)?».

Таблица 4

Типы исследований

Количественные	Направлены на поиск зависимости или ответ на вопрос
Качественные	Направлено на понимание значения пережитого опыта

Вопросы для количественных исследований часто сформулировать проще, чем это описано в предыдущем параграфе. Вопросы для таких исследований направлены на поиск полезной для медицинских работников информации, необходимой для оказания помощи или составляющей нечто интересное для исследователя. Обычно такие вопросы называют описательными, потому что исследователь хочет узнать больше о природе возникшего вопроса или описать интересующую его тему или переменную. Примерами описательных вопросов могут послужить такие: как часто медицинские сестры вводят обезболивающие препараты детям в послеоперационном периоде? Или, чем отличаются дети, которые в послеоперационном периоде не обращаются за обезболиванием?

В том случае, если перед исследователем стоит задача проведения **качественного исследования,** вопрос будет сформулирован иначе, он будет более открытым. Вопросы качественных исследований этим отличаются в связи с тем, что проводя их, исследователь нацелен на изучение определенной группы или групп пациентов, перенесших определенное явление (См. Таблицу 2). Обычно исследователю об этом явлении известно немногое, в литературе также нет достаточных сведений. Поэтому вопрос качественного исследования может касаться значения этого явления, того, как именно это явление протекает, как его переживают, как его можно описать. В данном случае возникает необходимость задать вопрос значимости/процесса, который можно сформулировать так: Как родители госпитализированных детей (группа пациентов) в послеоперационном периоде переживают по поводу состояния ребенка, сопутствующих обстоятельств или заболевания? Или, «Что приходится пережить родителям маленьких пациентов, к чему им приходится адаптироваться или с чем справляться в период госпитализации ребенка (в связи с его состоянием, заболеванием, сопутствующими обстоятельствами)»?

Выводы

Ключевой задачей на этапе подготовки исследования является постановка и качественная формулировка исследовательского вопроса. Формулируя исследовательский вопрос, важно строго соблюсти последовательность действий: определить проблему, исходя из особенностей группы пациентов; сформулировать нескольких вопросов, характеризующих проблему; конкретизировать вопрос; определить значимость ответа на вопрос для сестринского дела, для учреждения, в котором работает исследователь; установить, имеются ли возможности для выполнения исследования и, наконец, удостовериться в том, что вопрос можно проверить, что ответ на него даст достоверные знания. Важнейшей особенностью исследовательских вопросов является прямая постановка, простота, применимость в клинических ситуациях, формулировка в форме активного залога, определение исследуемой группы пациентов, лечения или вмешательства, которые требуется изучить, а также его результата. Качественная формулировка исследовательского вопроса составляет важнейший первый шаг на пути выполнения сестринского исследования.

ЛИТЕРАТУРА

Перфильева Г. М, Камынина Н.Н., Туркина Н.В., Маркова Ю.Н., Зайцев П.Е. «Организация и проведение исследований в области сестринского дела», Москва, Т-во научных изданий КМК, 2007г.

Boswell, C., & Cannon, S. (2011). Introduction to Nursing Research. 2nd edition. Jones and Bartlett, Boston MA.

Burns, N., & Grove, S. (2007). Understanding Nursing Research 4th ed., Saunders, St. Louis, MO.

Fain, J., (2009). Reading, understanding, and applying nursing research: A text and workbook. 3rd edition. FA Davis, Philadelphia, PA.

LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2010) Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence based practice. (7th edition). Mosby Elsevier: St. Louis, MO.

Polit, D., & Beck, C. (2010). Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. (7th ed.). Philadelphia: PA. Wolters-Kluwer, Lippincott, Williams & Wilkins.

Winsett, R., & Cashion, A. The Nursing Research Process (2007). Nephrology Nursing Journal, November-December, 34 (6), 635–643.

Wood, M., & Ross-Kerr, J. (2006). Basic steps in planning nursing research. Jones and Bartlett, Boston, MA.

ПРАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОРИТ. ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ

ПРИНЦИПЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ОРИТ № 1, ЛОКБ

Архипова А.А.
старшая медицинская сестра ОРИТ № 1

Тюпакова О.Ю.
палатная медицинская сестра.

Государственное учреждение здравоохранения Ленинградская Областная Клиническая Больница (ЛОКБ) одно из старейших стационаров Санкт-Петербурга. В больнице функционируют 4 отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). ОРИТ № 1 осуществляет диагностику, интенсивное наблюдение и коррекцию функций органов и систем у пациентов хирургического профиля. ОРИТ № 1 развернуто на 15 коек. В отделении находятся пациенты после плановых и экстренных оперативных вмешательств, а также для подготовки к ним. В основе лечения наших пациентов лежит комплекс лечебных мероприятий (инфузионная, гемотрансфузионная, антибактериальная терапия, парентеральное и энтеральное питание, выполнение различных инвазивных манипуляций), профилактические мероприятия, а также создание психологической поддержки пациентам и родственникам.

Проведение трансфузионной терапии в ЛОКБ осуществляется на основании приказа «Об организации трансфузионной терапии в Ленинградской областной клинической больнице» от 31.03.2009 года: «В целях совершенствования организации и повышения качества трансфузионной терапии, а также во исполнение приказов МЗ СССР № 700 от 23.05.85г., МЗ РСФСР № 341-ДСП от 29.12.88г., МЗ РФ № 363 от 25.11.02г. «О совершенствовании работы по профилактике посттрансфузионных осложнений», методических рекомендаций «Организация трансфузионной терапии в ЛПУ» МЗ РСФСР от 28.11.86 г., инструкции по предупреждению несовместимости при переливании крови МЗ России и др. инструкций по изосерологии, утвержденных приказом МЗР № 2 от 09.01.1998г., методических указаний «Требования к проведению иммуногематологических исследований доноров и реципиентов на СПК и в ЛПУ» МЗ РФ № 2001/109 от 11.04.2002. В числе прочих, в приказе об организации трансфузионной терапии обозначены следующие требования:

1. Проводить трансфузионную терапию больным **только врачам** (лечащим или дежурным) при помощи процедурной медицинской сестры (медсестры-анестезистки).

2. Разрешить проводить **гемотрансфузионную терапию только с письменного согласия пациента или его законного представителя** (ближайшего родственника), зафиксированного в истории болезни в виде «информированного согласия».

3. Назначить врачей, ответственных за организацию трансфузионной терапии в отделениях больницы, врачей-дублеров, допустить к проведению операции переливания крови врачей, а также в помощь врачам, ответственным за трансфузионную терапию, к

Палата инфузионной терапии

операции переливания крови дать допуск процедурным медсестрам и медсестрам-анестезисткам.

Для получения допуска к работе с кровью и ее компонентами, и проведению инфузионной терапии все вновь поступившие на работу медицинские сестры, не имеющие предварительной специализации процедурной сестры и медсестры-анестезиста проходят в ОРИТ курс обучения сроком 1 месяц. **Такое обучение призвано повысить уровень знаний и навыков молодых специалистов, обеспечить безопасность при осуществлении ими инфузионной терапии. Кроме того, в течение года заведующий ОПК проводит дополнительные занятия по повышению квалификации для процедурных сестер.**

Инфузионная терапия – неотъемлемая часть лечения различных категорий пациентов. Инфузионную терапию применяют при гиповолемическом шоке; тяжелых повреждениях; заболеваниях, сопровождающихся лихорадкой, рвотой, диареей, обильным потоотделением. Также инфузионная терапия проводится при недостаточности энтерального питания. Показаниями к проведению инфузионной терапии являются: дефицит объема жидкости, плазмы и крови; нарушения электролитного баланса; изменение осмолярности; интоксикации различного генеза и т. д.

Цели проведения инфузионной терапии:

- волюмокоррекция-восстановление адекватного объема циркулирующей крови и нормализация ее состава при кровопотере;
- гемореокоррекция-нормализация гомеостатических и реологических свойств крови;
- нормализация электролитного баланса и кислотно-основного равновесия;
- инфузионная регидратация-поддержание нормальной микро- и макроциркуляции (в частности при клинически отчетливой дегидратации);
- активная инфузионная дезинтоксикация;
- обменкорригирующие инфузии-прямое воздействие на тканевой метаболизм за счет активных компонентов кровезаменителя.

Приемы инфузионной терапии

Существует несколько методов осуществления инфузионной терапии, различные виды доступа и техники. Поскольку для медицинских сестер ОРИТ проведение инфузионной терапии является одной из наиболее распространенных задач, важны навыки определения преимущественных методик в зависимости от характеристик пациента, диагноза, назначенного лечения.

В ОРИТ № 1 КОЛИЧЕСТВО ПАЦИЕНТОВ ПОЛУЧАВШИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В 2010 ГОДУ СОСТАВИЛО 1001 ЧЕЛОВЕК

Использовано инфузионных сред:

- Кристаллоидные растворы:
  - изотонический раствор натрия хлорида – 5800 флаконов;
  - полиэлектролитные растворы: без калия хлорида – 4800 флаконов; с калием хлоридом – 2700 флаконов;
- Коллоидные растворы:
  - растворы на основе модифицированного жидкого желатина – 1950 флаконов;
  - гидроксиэтилированные крахмалы – 80 флаконов;
  - альбумин 20% 100 мл – 220 флаконов.

За 2010 год в отделении выполнено 1841переливаний крови и ее компонентов 542 пациентам отделения.

- кровь 6,906 литра
- эритроцитарная масса 2,100 литра
- эритроцитарная взвесь 157,563 литра
- ЭМОЛТ, ЭМОЛФ 507,809 литра
- СЗП 256,820 литра
- тромбоциты 1,814 литра

Выполнено катетеризаций:

- центральная венозная катетеризация – 507
- периферическая катетеризация – 350
- катетеризация артерий – 100

Чрескожная катетеризация верхней полой вены подключичным и надключичным доступами, катетеризация внутренней яремной, и бедренных вен создает оптимальные условия для проведения инфузионной терапии. Возможны:

- самое длительное функционирование из всех доступных путей,
- инвазивный мониторинг гемодинамики,
- открытый доступ для проведения временной электрокардиостимуляции,
- обеспечение высокого темпа и объема инфузии,
- отсутствие ограничений к введению инфузионных сред (например: при проведении инфузионной терапии через периферический венозный катетер нежелательно введение препаратов калия, концентрированных растворов, т. е. тех сред, что раздражают стенку сосуда).

При выборе катетера необходимо использовать наименьший из размеров, обеспечивающий необходимую скорость введения инфузионных сред, в самой доступной из периферических вен.

Существенным преимуществом является отмена пассивного положения пациента в постели при проведении инфузионной терапии.

Однако следует отметить, что пункция и катетеризация центральных вен относится к малым хирургическим операциям. Целесообразность катетеризации определяется врачом; информированное согласие пациента и данные о проведенной манипуляции должны быть отображены в истории болезни.

В настоящее время существует более простой и доступный метод катетеризации периферических вен. Пункцию и катетеризацию периферических вен чаще всего осуществляют для краткосрочной инфузии или при введении небольшого объема инфузионных сред. Для срочного обеспечения венозного доступа (при проведении реанимационных мероприятий), а также коррекции нарушений гемостаза (с последующей катетеризацией центральных вен).

Для катетеризации периферической вены используются сосуды локтевого сгиба и тыльной поверхности кисти. Проведение инфузионной терапии через периферический венозный катетер (ПВК) практически не вызывает осложнений при соблюдении основных усло-

вий: **метод должен стать постоянным и привычным в практике, должен быть обеспечен безупречный уход за катетером.**

Критерии выбора вены: сначала использовать дистальные вены, мягкие и эластичные на ощупь, по возможности крупные вены, использовать вены на рабочей руке. Наиболее часто катетеризируются латеральные и медиальные подкожные вены руки, промежуточные вены локтя и промежуточные вены предплечья. Критерии выбора диаметра катетера: примерный диаметр вены, необходимая скорость инфузии, потенциальное нахождение катетера в вене, свойства вводимого раствора. Главный принцип выбора катетера: использовать наименьший из размеров, обеспечивающий необходимую скорость введения инфузионных сред, в самой доступной из периферических вен.

Задачи совершенствования инфузионной практики

В настоящее время в России не существует единого стандарта катетеризации периферических вен. В этой связи ЛПО нашей страны вынуждены в индивидуальном порядке разрабатывать внутренние регламентирующие документы. В 2005 году такая работа была проведена и в ЛОКБ – медицинскими сестрами совместно с заместителем главного врача по экстренной помощи и госпитальным эпидемиологом были разработаны следующие алгоритмы: уход за центральными катетерами, катетеризация и уход за периферическими катетерами. Изучение алгоритмов было внесено в учебную программу. С 2006 года пять медицинских сестер ОРИТ № 1 приступили к обучению алгоритмам и проведению практических занятий с медицинскими сестрами ЛОКБ в специально оборудованной учебной комнате. Тема актуальности не теряет, поэтому занятия продолжаются по настоящее время.

Осложнения инфузионной терапии могут быть специфическими или связаны с техническими погрешностями. В первом случае возможны: токсические реакции; гипертермия, реакции на введение холодных растворов, пирогенов, бактериально загрязненных сред; анафилактический шок; передозировка отдельных ионов; изменение гемостаза; при перегрузке правого круга кровообращения возможен отек легких. При инфузии крови или ее компонентов также возможны специфические реакции. Не исключено возникновение внутрибольничной инфекции кровотока. Хотя данное осложнение можно отнести и к техническим погрешностям. Следует отметить, что инфекции, связанные с катетеризацией, в особенности, инфекции кровотока, повышают заболеваемость и смертность на 10–20%, удлиняют сроки госпитализации и увеличивают расходы на лечение.

Такие серьезные осложнения, как гематома, повреждение соседних органов и тканей, тромбофлебит, эмболия, сепсис, как правило, связаны с нарушениями при постановке внутрисосудистого устройства, уходе за ним и его использовании. Следовательно, высокий профессионализм медицинских сестер ОРИТ, непрерывное совершенствование их знаний и навыков, является исключительно актуальной задачей.

В 2002 и 2003 года три медицинские сестры ОРИТ № 1 прошли двухнедельный курс обучения сестер инфекционного контроля на базе ГОУСПО ЛОМУ при содействии кафедры эпидемиологии Академии им. И.И. Мечникова. Эти медицинские сестры следят за противоэпидемическим и санитарно-гигиеническим режимом в отделении, занимаются обработкой дыхательной аппаратуры, участвуют в разработке новых приказов, обучают медицинских сестер отделения использовать новые медицинские технологии и материалы, проводят занятия по профилактике внутрибольничных инфекций и др.

В рамках постдипломного образования (усовершенствование и специализация медицинских сестер) с 2010 года, с целью повышения квалификации, медицинские сестры областных стационаров и ЛОКБ проходят практическое обучение непосредственно в ОРИТ. Тем самым, медицинские сестры ЦРБ и ЛОКБ получают возможность приобрести новые практические навыки и знания по проведению инфузионной терапии, изучить расходные материалы, ознакомится с инфузионной аппаратурой.

Благодаря этому обучению ситуация в ЛПУ изменилась – медицинские сестры уверенно выполняют манипуляции, связанные с катетеризацией, количество вызовов медсестер ОРИТ в отделения больницы практически прекратились.

Вместе с тем, остается значительное пространство для совершенствования работы. Мы убеждены в необходимости ведения сестринской карты наблюдения, где медицинская сестра фиксировала бы данные по катетеризации, по осложнениям, если они возникнут. Ведение сестринской документации станет следующим важным шагом к внедрению системы контроля качества сестринского ухода.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гуменюк Н.И., Киркилевский С.И. Инфузионная терапия: теория и практика. Книга плюс, 2004г.

2. Мир Медицины № 1–2/2000, Новая медицинская энциклопедия. Современная инфузионная терапия.

3. Интенсивная терапия: национальное руководство: в2 т. / под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова., М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, Серия «Национальное руководство».

КТО, ЕСЛИ НЕ Я?

РЯЗАНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РАССКАЗАЛА РЕДАКЦИИ О БОЕВОМ КРЕЩЕНИИ, БЕССТРАШИИ И ОТВАГЕ МОЛОДОГО СПЕЦИАЛИСТА

Думала ли симпатичная озорная девчонка, выбирая себе нелёгкую, но очень необходимую людям профессию медсестры, что пути-дороги судьбы приведут её на фронт? И что её знания, умения, её руки и сердце послужат Родине, Отечеству, нашим воинам в непростой исторический момент? Наверное – нет.

Каждый ли сможет, рискнёт стать добровольцем и одним из первых поехать туда, где рвутся снаряды, рекой льётся кровь, где в любую секунду рискуешь стать жертвой меткой снайперской пули. Уехать из мирной благополучной жизни в самое настоящее горячее пекло.

Хороших специалистов много. А много ли отважных? И учат ли отваге, мужеству, патриотизму в медицинских образовательных учреждениях? И если учат, то почему, далеко не всем дано стремление жертвовать комфортом, собственной жизнью, во имя тех, кому сейчас необходима твоя профессиональная помощь, тепло человеческой души и сострадание?!

Наташа смогла! «Если не я, то кто же?!» – думала она, подвергая свою жизнь риску и опасности!

Абрамкина Наталья Валериевна родилась в г. Степногорске (республика Казахстан) В 1993 году закончила Калужское медицинское училище по специальности «Сестринское дело». С декабря 1994 года приступила к работе в Рязанском военном госпитале в отделении анестезиологии и реанимации.

С 5 января по 21 марта 1995 года (76 суток) Наталия Валериевна одна из первых добровольцев Рязанского военного госпиталя выполняла спецзадачи в зоне военного конфликта на территории Чеченской Республики, только в феврале к ним присоединилась группа медработников-земляков. В Моздокский военный госпиталь, он же 696 медицинский отряд специального назначения (МОСН) в самые горячие дни поступало из Грозного до 300 человек в день, из которых в реанимации нуждались 40–50 раненых. В палатах и приспособленном реанимационном отделении их укладывали в два яруса: над кроватью ставили носилки. Каждый из раненых нуждался в интенсивном лечении и индивидуальном сестринском уходе, практически каждому приходилось ставить по три капельницы одновременно. Работали по 16 часов в сутки без выходных и праздничных, за это время было выполнено 2860 операций, трудились и днём, и ночью. На войне как на войне – забудь про еду и сон… Не хватало санитарок, помимо работы медсестры Наташа выносила судна и утки, отмывала руки и лица от крови и въевшейся грязи, ухаживала за ранеными: смачивала губы, поила водой тех, кому было разрешено пить… Столько боли

и крови никогда не видела, столько ампутированных рук и ног… Столько смертей… К этому никогда не привыкнешь.

Однажды в колонне, состоящей из «БТР», танков и санитарной машины, под охраной спецназа, вдвоём с реаниматологом сопровождала представителей аппарата президента, которые посетили Чечню. Не каждая 20 летняя девушка отдает себе отчет о том, что дорога, по которой идет сопровождение, могла быть заминирована, как и поля, окружавшие её со всех сторон со всех сторон.

В жестокой мясорубке войны, когда у солдат на глазах разрывает товарищей на куски, когда от бронежилетов остаются ошмётки, когда взрывной волной с ребят срывает одежду и они, еще живые, ползут по земле, а сгоревший танк превращается в груду расплавленного железа, на войне «крыша едет» у многих. Но только не у медперсонала… Несмотря на смертельную усталость, мы не имеем права показывать свои слезы и отводить взгляд от глаз умирающего солдата.

Наталия Валериевна с честью выполнила свой долг! Она достойна наивысших наград и общественного признания!

В Кемеровской области состоялся губернаторский прием в честь лучших медицинских сестер

12 мая ежегодно во всем мире отмечается Международный день медицинской сестры. В любой отрасли здравоохранения медицинские сестры вносят неоценимый вклад в повышение доступности медицинской помощи.

В России около 1,5 млн медицинских сестер, в Кузбассе более 25 тысяч. Работа медицинской сестры важна как для врача, так и для пациента. Медицинская сестра с давних времен ценится пациентами за свое милосердие и гуманность, за что их и называют не просто медиками, а сестрами милосердия, сестричками. Они возвращают к жизни многих больных на протяжении долгого времени, ухаживая за ними.

Медицинские сестры составляют самую многочисленную категорию работников здравоохранения – во врачебной деятельности увеличивается доля медицинских услуг, оказываемых сестринским персоналом. Технология непрерывного профессионального образования, возможность получить высшее сестринское образование, способствуют повышению престижа профессии, увеличению роли медицинской сестры в современном здравоохранении.

Развитие эффективной системы здравоохранения невозможно без профессиональных объединений, несомненно, играющих в этом немаловажную роль. Одним, из таких является КРОО «Профессиональная ассоциация медицинских сестер Кузбасса», для которой одними из приоритетных задач являются улучшение качества оказания сестринской помощи населению Кемеровской области, повышение престижа сестринской профессии через профессионализм.

Губернатор Кемеровской области, Аман Тулеев стал одним из первых политиков в стране, кто реально содействовал повышению статуса людей разных профессий. В Кузбассе не мало сделано для того, чтобы вернуть уважение к человеку труда. По его инициативе учреждена целая серия наград, в том числе «За служение Кузбассу», «За веру и добро», «Материнская доблесть» и т. д.

В соответствии с поручение губернатора А.Г. Тулеева были отправлены правительственные телеграммы заместителям глав муниципальных образований по социальным вопросам, организовать в рамках празднования Международного дня медицинской сестры торжественные приёмы с награждением заслуженных сотрудников из числа среднего медицинского персонала, приглашением на празднование и чествование ветеранов труда, ветеранов госпитального движения, обязательным освещением в СМИ. Поручение было выполнено.

Мы гордимся тем, что медицинские сестры Кузбасса получают большое внимание со стороны руководства региона, что труд средних медработников оценивается по достоинству!

12 мая 2011 года в городе Кемерово в большом зале департамента охраны здоровья населения Кемеровской области, впервые, состоялся **Губернаторский прием** по случаю празднования Международного дня медицинской сестры. На него были приглашены 300 лучших из лучших, в торжественной обстановке 70 были вручены медали и почетные грамоты, все награды сопровождались денежными премиями.

Медалями «За служение Кузбассу» и «За веру и добро» награждены 20 медицинских сестер, а Почетными грамотами Коллегии Администрации Кемеровской области и Почетной грамотой департамента охраны здоровья населения Кемеровской области отмечено 50 специалистов «Сестринского дела».

От имени Губернатора области Амана Гумировича Тулеева, сердечно поблагодарил всех – медицинских сестёр, организаторов сестринского дела, санитаров за самоотверженность и чуткость, за золотые руки и высокое чувство ответственности, за служение здоровью людей, высоким идеалам добра и человечности, заместитель губернатора по здравоохранению социальным вопросам Сергеев Алексей Станиславович. Пожелал всем присутствующим и их семьям мира, здоровья, счастья, удачи и уверенности в завтрашнем дне.

От имени медицинских сестер Кузбасса хотелось бы поблагодарить за публичное внимание, которое оказал всем моим коллегам в международный День медицинских сестер, наш губернатор Аман Гумирович Тулеев.

Выполняя свои нелегкие и столь нужные обязанности средний медицинский персонал наряду с улучшением условий и оплаты труда, остро нуждается в признательности своих усилий.

Вот почему мы так ценим проявление его широко озвученной благодарности к нам.

Хотелось бы заверить, что мы и впредь готовы самоотверженно трудиться, отдавая нашим Кузбасовцем все свои знания, умения и милосердие.

Главный специалист по управлению сестринской деятельностью ДОЗН КО, президент КРОО «Профессиональная ассоциация медицинских сестер Кузбасса», заслуженный работник здравоохранения, член Общественной палаты КО Дружинина Тамара Васильевна

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Т.Ю. Бутылова
Выборгская ГБ,
Ленинградской области

В настоящее время по статистике каждый 3 мужчина после 45 лет страдает проблемой задержки мочеиспускания и основной причиной является доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Большинству пациентов, проходящих лечение в отделениях урологии по данному диагнозу, назначается оперативное лечение. В задачу медсестры отделения входит квалифицированная подготовка пациента к операции, грамотный послеоперационный уход.

В предоперационном периоде особое внимание уделяется улучшению функции почек, для этой цели больному назначают диету с ограничением белков и соли, вводят средства, повышающие диурез (40% раствор глюкозы). В случае инфицированности мочи необходимо антибактериальное лечение, учитывающее чувствительность микробов к лекарственным веществам (бактериологическое исследование мочи).

Оценить мочеиспускание можно, наблюдая за струей мочи. При оценке струи мочи следует по возможности устранить тревогу пациента и избегать всего, что может отвлечь его внимание. Учитывают силу, диаметр, непрерывность струи мочи и разбрызгивание. О выраженном подтекании говорят в том случае, когда в течение нескольких минут после завершения мочеиспускания из уретры продолжают по каплям выделяться моча.

Для получения объективной, достоверной информации о мочеиспускании пациентам рекомендуют вести дневник мочеиспускания, объем выделенной мочи, наличие и частоту ночной паллакиурии и характер недержания мочи. Пациент, страдающий ДГПЖ должен вести дневник мочеиспускании.

Большая часть пациентов в отделении урологии – люди пожилого и старческого возраста. Поэтому необходимо учитывать снижение компенсаторных способностей их организма, особенно к операционной травме. Нервная система пожилых людей отличается повышенной ранимостью. От медицинского персонала требуется чуткое психологическое воздействие на больных, позволяющее им преодолеть чувство неуверенности и страха.

Уход за пациентом в послеоперационном периоде:

- Подготовка кровати пациента – белье закрывается водонепроницаемой пеленкой в области дренажа
- Обеспечение оттока отделяемого из дренажей и катетеров в подвешенные к койке мочеприемники
- Для профилактики восходящей инфекции, в мочеприемник перед погружением дренажа заливают 50–100 мл слабоокрашенного раствора фурацилина, который оказывает антисептическое действие, а также помогает устранить запах мочи.
- Правильное укладывание оперированного пациента на кровати (необходимо позаботиться о дренажах: они должны быть прочно зафиксированы повязкой, правильно погружены в мочеприемник).
- Расположить мочеприемник ниже уровня мочевого пузыря, но выше пола.

Гигиенические условия, наблюдение за состоянием дренажей, характером отделяемого из дренажа, своевременное выполнение назначений, психологическая поддержка пациента и его родственников – составляющие сестринского ухода.

ПОДГОТОВКА И ПРОВЕДЕНИЕ КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- **Соблюдать правила асептики на протяжении всей процедуры**
- **Осуществлять манипуляцию с катетером в стерильных перчатках после гигиенической обработки рук**
- **Отражать все манипуляции с катетером в листе наблюдения и в журнале передачи дежурств**

МАТЕРИАЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ

ПРИБОРЫ, ИНСТРУМЕНТЫ, ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

- катетер 16–18 калибра (как мягкий резиновый или ПХВ, так и металлический) – лучше использовать катетер одноразового использования
- закрытая система с мочеприемником
- одноразовый шприц 10- 20мл или Жанэ
- лоток
- стерильный пинцет
- стерильные перчатки
- корнцанг

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

- Стерильное вазелиновое масло или глицерин
- Кожный антисептик
- Раствор Фурациллина 1: 5000

ПРОЧИЙ РАСХОДУЕМЫЙ МАТЕРИАЛ

- Стерильные марлевые салфетки
- Емкость для сбора мочи на исследование
- Емкость для сброса отработанного материала и инструмента

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ

(ВЫПОЛНЯЕТ МЕДСЕСТРА)

1. Проверить сроки годности и целостность упаковки изделия медицинского назначения
2. Сверить ФИО пациента с историей болезни
3. Объяснить пациенту (если он в сознании) суть процедуры и получить устное согласие пациента, либо его официальных представителей
4. Провести туалет наружных половых органов салфетками смоченными раствором Фурациллина 1: 5000
5. Сбросить использованные салфетки, корнцанг в лоток

ВВЕДЕНИЕ МОЧЕВОГО КАТЕТЕРА В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ

(ВЫПОЛНЯЕТ ВРАЧ, АССИСТИРУЕТ МЕДСЕСТРА)

Катетеризация мочевого пузыря у женщин

1. Обработать руки гигиеническим способом и антисептиком. Надеть стерильные перчатки
2. Взять стерильным пинцетом стерильный катетер и смазать салфеткой стерильным вазелином или глицерином
3. Взять катетер на расстоянии 4–5 см от пузырного конца и медленно ввести в мочеиспускательный канал
4. Наружный конец катетера поддерживает пинцетом медицинская сестра.

   Если манипуляция выполняется без помощника, наружный конец мягкого катетера зажимают между 4 и 5 пальцами правой руки.
5. Женский металлический катетер берут в правую руку, у кольца и вводят мочеиспускательный канал

Вытекание мочи через катетер указывает на то, что он находится в мочевом пузыре

Катетеризация мочевого пузыря у мужчин

1. Обработать руки гигиеническим способом и антисептиком. Надеть стерильные перчатки
2. Взять стерильным пинцетом стерильный катетер и смазать салфеткой стерильным вазелином или глицерином
3. Левой рукой взять половой член
4. Правой рукой сдвинуть книзу крайнюю плоть
5. Обработать головку полового члена марлевой салфеткой, смоченной р-ром Фурациллина (1: 5000)
6. Половой член под головкой обернуть узкой марлевой салфеткой, чтобы было удобнее его удерживать
7. Провести катетер в мочеиспускательный канал, несколько натягивая половой член на проводимый катетер кверху

   При появлении ощущения препятствия на пути прохождения катетера его нужно слегка вытянуть и повторно провести вперед

   При введении мужского металлического катетера:
   - тремя пальцами левой руки (2 и 3 пальцами с одной стороны и 1 пальцем с другой) взять половой член в области головки, слегка натянуть и приподнять его параллельно пупартовой связке.
   - Правой рукой в уретру ввести катетер, обращенный клювом вниз. Одновременно, осторожно натягивать на катетер половой член. Катетер продвигать вниз по легкому нажатию к задней стенки уретры. Проникая в предстательную часть уретры, обычно встречают незначительное препятствие. Затем половой член с катетером перевести на срединную линию живота и постепенно опускать книзу в сторону мошонки. При этом ощущается некоторое сопротивление внутреннего сфинктера мочевого пузыря, которое легко преодолевается.

Вытекание мочи через катетер указывает на то, что он находится в мочевом пузыре.

Технология выполнения простой медицинской услуги

УХОД ЗА ПОСТОЯННЫМ МОЧЕВЫМ КАТЕТЕРОМ

	Код технологии: **А14.28.002**	Название технологии: **Уход за постоянным мочевым катетером**
1.	**Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования**	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: • 0401 Лечебное дело • 0402 Акушерское дело • 0406 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	**Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала**	
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	• До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук • Использование перчаток во время процедуры.
3.	**Условия выполнения простой медицинской услуги** • Амбулаторно-поликлинические • Стационарные	
4.	**Функциональное назначение простой медицинской услуги** • Профилактическое	
5.	**Материальные ресурсы**	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	
5.2.	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	• Антисептическое средство для обработки рук. • Дезинфицирующее средство
5.6	Прочий расходуемый материал	• Перчатки нестерильные • Мыло • Полотенце • Адсорбирующая пеленка • Стерильные марлевые салфетки • Емкость для дезинфекции • Емкость для воды
6.	**Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги** **Алгоритм ухода за постоянным мочевым катетером**	

I. Подготовка к процедуре

1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.
2. Обеспечить конфиденциальность процедуры.
3. Опустить изголовье кровати.
4. Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку.
5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
6. Надеть перчатки.

II. Выполнение процедуры

1. Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем.
2. Вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см
3. Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает.
4. Осмотреть кожу промежности идентифицируя признаки инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое).
5. Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута.
6. Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости.
7. Снять с кровати пеленку (клеенку с пеленкой) и поместить ее в емкость для дезинфекции.

III. Окончание процедуры

1. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал
2. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

7. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

Для профилактики внутрибольничной инфекции у пациента с постоянным мочевым катетером:

- Следить, чтобы система катетер – мочеприемник была замкнутой, разъединять ее только в случае необходимости промывания катетера.
- Промывать катетер только при подозрении на его закупорку.
- При необходимости промывания катетера соблюдать правила асептики.
- Осторожно отсоединять мочеприемник, избегая загрязнения соединительной трубки.
- Кратность проведения процедуры не менее 2-х раз в день.

8. Достигаемые результаты и их оценка

- Отсутствия признаков воспаления при осмотре уретры вокруг катетера и кожи промежности.
- Катетер не закупоривается.

9. Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи

- Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.
- В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.

10. Параметры оценки и контроля качества выполнения методики

- Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.
- Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).
- Отсутствие осложнений.
- Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
- Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения.

11.	**Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги**	• Коэффициент УЕТ врача – 0. • Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0.
12.	**Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги**	• Отсутствует
13.	**Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)**	• Отсутствует

НОВОСТИ КОРОТКОЙ СТРОКОЙ

Кировской Ассоциации медицинских сестер исполнилось 10 лет!

В жизни медицинского сообщества Кировской области в этом году произошло очень значимое событие – Кировская ассоциация медицинских сестер отпраздновала десятилетие своей деятельности!

Несмотря на то, что это первая юбилейная дата, ассоциации есть чем гордиться. Среди результатов, которых нельзя не заметить – победа на уровне Приволжского федерального округа «Медсестра 2009», где первое место заняла медсестра Кировской детской городской клинической больницы О.И. Ерохина. Участие во всероссийском конкурсе исследовательских работ принесло нам призовое второе место – его заняла главная медсестра Кировского областного хосписа Е.В. Молчанова. Попова И.В. из Уржумской ЦРБ вошла в десятку лучших исследовательских работ. Международный конкурс для сестер фтизиатрических служб и 3 место Солодянникова С.Л. медицинская сестра Кировского областного противотуберкулезного диспансера.

К десятилетию Ассоциации была выпущена «Книга Почета» медицинских работников кировской области, как знак благодарности людям, внесшим немалый вклад в дело развития медицины области.

Накануне празднования Дня рождения Ассоциации, 20 апреля, в одном из лучших учреждений культуры города – Доме культуры «Родина» прошла Межрегиональная конференция «Менеджмент и инновационные технологии в здравоохранении». Мероприятие прошло на высоком уровне – в нем приняли участие глава города Кирова В.В. Быков, глава департамента здравоохранения Кировской области Д.А. Матвеев; в обсуждении с медицинскими сестрами вопросов развития профессии приняли главные врачи ряда лечебных учреждений. В рамках конференции состоялись выборы руководящих органов Ассоциации на предстоящие пять лет.

МУЗ «Кировская детская городская клиническая больница»
Трефилова Е.В.

Проект «Гармония Души»

Ситякова Н.Н.
Президент Кировской областной общественной организации «Ассоциация медицинских сестер»

Данный проект родился **в рамках международного сотрудничества с Европейской Ассоциацией медицинских сестер «HORATIO».** Во всем мире медицинские сестры борются с СЭВ на рабочем месте и в повседневной жизни. Проект направлен на исследование психологического климата подразделений лечебно-профилактических учреждений (анонимное анкетирование) с последующим скрининговым анализом и психотерапевтической коррекцией.

В течение года Кировской ассоциацией проводилось скрининговое исследование среди медицинских учреждений города Кирова и области, участие в нем приняли 608 медсестер из 10 ЛПУ. Силами Ассоциации были реализованы и мероприятия по психотерапевтической коррекции – встречи с профессиональным психологом. На организованных встречах медсестры знакомились с методами снижения эмоционального напряжения, разрядки, абстрагирования. Медицинские сестры – участники групп – отметили положительные результаты, ощущение психологического комфорта, оптимизма, приток новых сил и энергии для работы. В заключении участники проекта получали в подарок релаксирующие фильмы. Медсестры продемонстрировали высокую заинтересованность в продолжении таких мероприятий.

Но вернемся к полученным в ходе скрининга данным – специалисты отметили, что показатели деперсонализации укладываются в пределы нормы, однако о неблагоприятной ситуации сигнализируют данные по регрессии личностных достижений, свидетельствующие об утрате собственной эффективности. Данные говорят в пользу мероприятий против СЭВ в стационарах области, в пользу повторной оценки СЭВ через 2–3 года.

Задачи на будущее. Одной из наиболее эффективных форм профилактики и лечения синдрома эмоционального выгорания является организация постоянно работающих Балинтовских групп, куда должно входить не менее 50% персонала лечебного учреждения. Только в этом случае можно ожидать положительного результата.

Кировская Ассоциация выступает за внедрение такой программы в других учреждения города и области, ведет поиск партнеров, спонсоров, фонды, заинтересованные в софинансировании программы.

МЕТОДИКА РЕЛАКСАЦИИ

Работа медицинских работников сопряжена с физическими нагрузками и эмоционально-психологическими нагрузками, которые требуют своевременного снятия напряжения. Одним из методов устранения таких состояний является релаксация

Релаксация является необходимым условием для правильного перераспределения энергии в физическом теле после любого набора внешней энергии. Любая релаксация должна начинаться с навыков физического расслабления. Подбирать их нужно с учетом индивидуальных и личностных особенностей. Ниже приводится методика физической релаксации Лоры Митчелл *(Laura Mitchell),* разработанная еще в 1957 году. Профессор Митчелл долгое время работала физиотерапевтом в Лондоне и выкристаллизовала полученные на практике знания в виде методики, которая проста в освоении и легка в выполнении.

Несмотря на обилие появившихся в последнее время методик, данный комплекс и по сей день можно считать одним из базовых, как подходящий при минимальных модификациях большинству людей. Согласно этой системе, общая релаксация до-

стигается путем последовательного расслабления лица и различных частей тела. Выполняется она сидя в кресле с высокой спинкой и подлокотниками или лежа на полу (подложив под голову подушку, руки сложены на животе). Приведенную схему релаксации можно выполнять как во всем объеме, так и изолированно для той части тела, где необходимо снять напряжение.

Вначале **работаем с лицом**.

• *Команда*: опустить челюсть. Зубы немного разжаты, губы тоже. Пауза. Почувствовать расслабленный рот и разомкнуть челюсти.

• *Команда*: закрыть глаза. Глаза спокойны, они не вращаются и не закатываются наверх. Пауза. Наслаждаться темнотой.

• *Команда*: откинуть голову назад. Постараться прочувствовать плотное прижатие волос к затылку. Тело полностью расслаблено.

Плечи

• *Команда*: опустить плечи. Мышцы, опускающие плечи, сразу же включаются в работу, а те, которые поднимали их, вынуждены отступить. Пауза – все мышцы вокруг плеч расслабляются. Далее – фиксация нового положения с опущенными плечами.

Локти

• *Команда*: развести локти в стороны. Руками, разведенными в стороны и немного согнутыми в локтях, надавить на пол (подлокотники кресла). Пауза – прочувствовать комфортное положение локтей. В заключение зафиксировать давление на поверхность тела со стороны опоры.

Кисти рук

• *Команда*: распрямить кисти рук. Разведя пальцы в стороны, положить запястья рук на стол, подлокотники кресла или на живот. Развести пальцы очень широко. Во время паузы положить на опору ладони, вытянув пальцы рук. Зафиксировать суставы в таком положении.

Ноги

• *Команда*: развести бедра. Пауза. Зафиксировать положение бедер, коленей и ступней.

Колени

• *Команда*: подвигать коленями и найти удобное положение. Пауза. Прочувствовать комфортность позы.

Ступни

• *Команда*: прижать ступни к полу. Пауза. Ощутить вес ступней.

Тело и голова.

• *Команда*: прижаться телом, а затем и головой к опоре. Пауза. Прочувствовать вес тела и головы, давление на них со стороны опоры.

Примечания

1. Дыхание должно быть легким – при вдохе расправить грудную клетку, одновременно поднимая нижние ребра и раздвигая их в стороны. Выдох спокойный, старайтесь ощутить, как опускаются при этом ребра.

2. Физиологическое расслабление по Митчелл рекомендуется проводить при спокойном эмоциональном фоне, избавившись от любых тревожащих мыслей.

3. О командах: каждая команда подразумевает последовательное выполнение трех моментов: собственно движение, пауза, фиксация конечного положения. При этом положение следует фиксировать не в мышцах, а в суставах.

НОВОСТИ КОРОТКОЙ СТРОКОЙ

В Новосибирске прошла III Отчетно-выборная конференция РОО НПАССД

26 апреля в Новосибирске прошла третья Отчетно-выборная конференция Ассоциации медсестер. Сегодня в рядах Новосибирской Ассоциации состоит более восьми тысяч человек, и цифра вновь принятых увеличивается ежемесячно. Наших коллег привлекает цель, ради которой создана Ассоциация – это достижение коллективных интересов и общественных благ для специалистов сестринского дела.

Ассоциация находится в постоянном поиске новых идей и нам есть чем гордиться. Члены Новосибирской ассоциации разработали и внедрили в практическое здравоохранение медико-технологические протоколы и стандарты сестринской помощи, открыли учебно-методические кабинеты, «Школы здоровья» и отделения сестринского ухода, разработали собственный сайт. Непрерывное повышение квалификации медицинских сестер через проведение семинаров и конференций, считается приоритетной задачей и не случайно в 2008 году Новосибирск стал площадкой для проведения Всероссийской конференции «Организация и управление в сестринском деле». Наша многолетняя дружба с коллегами из Германии служит хорошим примером для других общественных объединений города. Мастер-классы и семинары, проводимые совместно с немецкими коллегами, привлекают внимание всех, кто интересуется вопросами профессионального сестринского ухода.

Заслуги медицинских сестер Новосибирской области Л.Д. Гололобовой, Т.К. Держевитских и Л.А. Войновой оценены Президентом России, в 2009–2010 году им вручены правительственные награды. Высокие профессиональные результаты Л.Д. Гололобовой, З.Г. Кузьминой и Л.Ф. Зарниционой отмечены высшей наградой РАМС – знаком «За верность профессии». Участие в 2009 году во Всероссийском смотре-конкурсе «Лучший по профессии – 2009» в номинации «Лечебное дело», принесло III призовое место фельдшеру Краснозерской ЦРБ, Т.Г. Бабушкиной. Победным оказалось участие члена Новосибирской сестринской ассоциации М.И. Поскотиной, во Всероссийском конкурсе учебно-методической литературы, проходившего в рамках Международного конгресса «Сестринское дело в России: образование, практика, наука» в С-Петербурге. Представленная ею монография «Руководство по инъекционной технике» заняла первое место в конкурсе «Лучшие методические рекомендации». Монографии присвоен гриф Центрального методического совета СПбГМА им. И.И. Мечникава – «Рекомендовать использовать в учебном процессе в медицинских средних учебных заведениях».

Новосибирская сестринская ассоциация пользуется заслуженным уважением в медицинском сообществе города. И не случайно, в работе конференции приняли участие министр здравоохранения Новосибирской области О.В. Кравченко, председатель Общественной организации «Новосибирская областная ассоциация врачей» С.Б. Дорофеев, главный врач Новосибирской областной клинической больницы Е.А. Комаровский, главный хирург Новосибирской области А.В. Юданов, председатель профкома Новосибирской областной клинической больницы С.А. Борисов.

В рамках работы Конференции были заслушаны отчеты и состоялись выборы в руководящие органы Ассоциации на период 2011–2015 года. Президентом РОО НПАССД вновь избрана Л.Д. Гололобова, Правление организации обновилось на 50%.

Правление РОО НПАССД

НЕОНАТАЛОГИЯ – ПРОВЕРИМ ЗНАНИЯ

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ИЛИ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

Первичная реанимация новорожденного.
Что нужно сделать в первую очередь?

А. Провести дефибрилляцию
Б. Поставить капельницу
В. Оценить состояние ребенка по признакам: доношенный, дышит и кричит, нет примесей мекония в околоплодных водах, хороший мышечный тонус
Г. Ввести адреналин
Д. Начать проведение непрямого массажа сердца и ИВЛ

Поддержание SaO_2 на уровне 88–92% у недоношенного ребенка позволяет:

А. Предотвратить развитие апное
Б. Снизить риск развития ретинопатии недоношенных
В. Ускорить выздоровление от ВЖК
Г. Улучшить толерантность к энтеральному питанию

Как недоношенный ребенок будет чувствовать себя наиболее «защищенным»?

А. Лежа на спине в инкубаторе с включенным в палате светом («так не страшно»)
Б. В положении на животе с упором для ног
В. В гнезде с включенным светом в тихой палате
Г. Лежа на боку под лучистым теплом слушая музыку Моцарта
Д. Лежа на груди матери (отца) и слушая биение их сердца

Простейший метод восстановления проходимости дыхательных путей – тройной прием «сафара» включает:

А. Отсасывание слизи
Б. Введение воздуховода
В. Разгибание головы в шейном отделе позвоночника
Г. Выдвижение нижней челюсти вперед и вниз
Д. Открытие рта

Начальные шаги при оказании помощи новорожденному в род. Зале не включают:

А. Обеспечение тепла и правильного положения
Б. Обеспечение проходимости дыхательных путей
В. Тактильную стимуляцию
Г. Дополнительный О2
Д. Введение а/б

Оптимальное наложение датчика пульсоксиметра

А. Правая рука
Б. Левое запястье
В. Правая нога
Г. Левая нога
Д. Мочка уха

Современным элементом гуманизации интенсивной помощи новорожденным является все, кроме:

А. Обезболивание манипуляций
Б. Защита от шума
В. Защита от яркого света
Г. Вскармливание нативным грудным молоком
Д. Профилактическое назначение седативных препаратов

Сердечно-легочную реанимацию (СЛР) обязаны проводить:

А. Врачи и фельдшера
Б. Врачи и медсестры реанимационных отделений
В. Все специалисты со средним и высшим медицинским образованием
Г. Спасатели, имеющие специальную подготовку

Нормальное количество сердцебиений у ребенка сразу после рождения:

А. Менее 60 в мин.
Б. 60–120 в мин.
В. 120–150 в мин.
Г. 150–200 в мин.

Ребенок 28 нед. гестации. ИВЛ. Нормальная сатурация?

А. 65–70%
Б. 98–100%
В. 88- 92%
Г. 94–96%

Препарат выбора при апное недоношенных:

А. Антибиотик
Б. Пирацетам
В. Кортексин
Г. Кофеин

У маленьких детей предпочтительнее метод ИВЛ

А. Изо рта в рот
Б. Изо рта в нос
В. Смешанный, обхватив одновременно и рот и нос ребенка

НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ

Труд медицинских работников относится к числу социально важных, сложных и ответственных видов деятельности человека, связанных не только с высокоинтеллектуальной и нервно-эмоциональной нагрузкой, но и с воздействием вредных факторов производственной среды. По риску развития профзаболеваний некоторые отрасли здравоохранения могут сравниться с ведущими отраслями промышленности.

В материалах X Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей отмечено: «…В период с 1993 по 2006 годы число зарегистрированных случаев профзаболеваний в учреждениях Минздравсоцразвития России возросло в 1,7 раза.

Наибольшая доля профзаболеваний приходится на заболевания с ингаляционным путем воздействия:

- туберкулез органов дыхания (49,0–68,0%);
- астма бронхиальная (6,0–8,3%);
- аллергия лекарственная медикаментозная (1,7–5,1%);
- аллергия (1,4–2,4%) …»1

Одной из главных причин наметившейся стойкой тенденции к росту профессиональной заболеваемости у медицинских работников является несоответствующая специфическим условиям труда и факторам вредности система индивидуальной защиты персонала.

В настоящее время во многих медицинских учреждениях применяются маски хирургические различных вариантов (двух-, трех-, четырехслойные Евростандарт и др.). Маски, изготовленные надежными производителями, обеспечивают фильтрующую эффективность 95–99%, но, данный параметр следует относить только к эффективности материала, а не самого изделия, т. к. отсутствие плотного прилегания по периметру маски позволяет аэрозолям свободно проникать в дыхательные пути пользователя, значительно снижая конечный коэффициент защиты. Таким образом, обеспечивая защиту пациента, маска не может рассматриваться как надежное средство защиты органов дыхания медицинского персонала.

Исследования защитной эффективности медицинских масок, проведенные Испытательным центром СИЗ при ФГУП «ВНИИМ им. Д.И. Менделеева» (протокол № 2/05 от 18.02.2005 г.) показали, что проникание аэрозолей под самую распространенную медицинскую маску иностранного производителя составляет 34,2%, что не соответствует требованиям по защитным свойствам, предъявляемым государственным стандартом. 2

Требуемые параметры защитной эффективности могут обеспечить только респираторы, которые имеют плотное прилегание по полосе фильтрации. На сегодняшний день требования к такой продукции на территории РФ определяются ГОСТ Р 12.4.191–99, гармонизированного с европейским EN 149 (FFP1 допускается проникание аэрозолей 22%, FFP2– 8%, FFP3– 2%), в то время как для защиты от инфицированных аэрозолей необходима защита как минимум 2-го класса, а от особо опасных инфекций – 3-го класса. 3

Оптимальная конструкция респиратора должна обеспечивать:

1. герметичность по полосе обтюрации;
2. универсальный размер (подходить для людей разных возрастных категорий и типом лиц);
3. предельную простоту в применении.

В респираторах конструкции «АЛИНА®» удалось совместить все указанные выше требования.

Так, с 2006 года респираторы «АЛИНА®» успешно массово применяются в рамках программы Всемирной Организации Здравоохранения в поддержку ФЦП «По предупреждению и борьбе с социально значимыми заболеваниями». Экспертная комиссия ВОЗ, состоявшая из российских и иностранных специалистов, признала данную конструкцию респираторов лучшей с точки зрения защитной эффективности и удобства использования.

С учетом накопленного опыта сотрудничества с организациями здравоохранения, компания «Севзаппромэнерго» запустила в серийное производство новые, специализированные модели респираторов серии «АЛИНА®» для медицины. Новая линейка респираторов охватывает все классы защиты, а также на данные респираторы было получено регистрационное удостоверение на товар медицинского назначения № ФСР 2010/08771 от 30 августа 2010 года. Респираторы прошли многочисленные испытания и получили высокую оценку специалистов НИИ Гриппа, Центрального НИИ эпидемиологии, НИИ гигиены им. Эрисмана, Нижегородского НИИ гигиены и профпаталогии.

Рекомендуемые сферы применения:

Респираторы Алина-106, Алина-116 (FFP1D) рекомендованы для повседневного применения персоналом и посетителями лечебных заведений. Хочется надеяться, что это станет таким же непреложным правилом гигиены, как использование бахил.

Респираторы Алина-206, Алина-216 (FFP2D) предназначены для использования в случаях повышенной эпидемиологической опасности, при посещении больных с вирусными инфекциями, при проведении лечебных процедур, связанных с пылеобразованием или присутствием в воздухе вирусов и бактерий.

Респираторы Алина-316 (FFP3D) предназначены для использования при возможном контакте с наиболее опасными возбудителями заболеваний (туберкулез, атипичная пневмония, «птичий» грипп и т. д.)

Респираторы отличает высокая эффективность, высокое качество и в 2–3 раза более низкая, по сравнению с аналогичной импортной продукцией, стоимость. Процесс одевания респиратора интуитивно понятен и не требует большой практики, а особенности конструкции обеспечивает прилегание, близкое к идеальному и подходит к любому типу лица.

Более подробную информацию Вы можете получить на сайте **www.rkszpe.ru** или обратившись к нам по тел.: **(812) 703-37-33**.

---

[1] Степанов С. А., Полишенко В. А. О профессиональной заболеваемости работников здравоохранения в Российской Федерации // Материалы X Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей. М., 2007 г., стр. 1282–1285

[2] Буянов В.В., Супрун И.П. «Средства индивидуальной защиты для работ в микробиологических и вирусологических лабораториях». – М., Черноголовка, Редакционно-издательский отдел ИПХФ, 2001, 324 с.

[3] Тихомиров Ю.П., Миронов Л.А., Коробейникова А.В., Егорова Г.И «Повышение эффективности индивидуальной защиты органов дыхания работников медицинских учреждений». Методические рекомендации. ЗАО «СЗ НТЦ «Потративные СИЗ» ИМ. А.А. Гуняева» СПб. 2007, 48 с.

ПО БИБЛЕЙСКИМ КАНОНАМ

РЕЛИГИОЗНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ НЕ ДОЛЖНЫ СКАЗЫВАТЬСЯ НА ЗДОРОВЬЕ И ЖИЗНИ ДЕТЕЙ

Том Фаллер
Доктор философии
Профессор кафедры медицинской этики
Университет Портленда
Портленд, штат Орегон, США

Клиническая ситуация

Трехлетний ребенок был госпитализирован в тяжелом состоянии, потребовавшем переливания крови, включая все ее компоненты. Родители ребенка не разрешили медицинским работникам ЛПО провести трансфузию. Свое решение родители обосновали библейскими утверждениями о том, что каждый «должен воздержаться от крови» и на запрете своей церкви на любые процедуры, связанные с переливанием крови.

Подобная клиническая ситуация ставит сразу несколько сложнейших этических вопросов. Одним из очевидных является вопрос о том, этично ли принятие родителями решений относительно жизни и смерти за своих маленьких детей от момента рождения вплоть до совершеннолетия, до наступления того возраста, когда они приобретут право принимать решения самостоятельно.

Способность принимать решения определяется компетентностью. Чтобы оценить компетентность родителей при принятии решения в озвученной ситуации нам необходимо ответить на вопрос: Следует ли допустить принятие этого решения этими лицами в любых обстоятельствах? В большинстве случаев ответ на этот вопрос будет положительным; обычно лицо признается компетентным, если 1. Понимает происходящее и осознает последствия своего решения и 2. Решение имеет рациональное обоснование.

Взрослый человек всегда обладает правом отказаться от лечения, даже если его решение основано на буквальном прочтении Библии, пока он не будет признан некомпетентным. Тем не менее, дети всегда находятся под защитой закона, ограждающей их от решений родителей, которые можно признать противоречащими благополучию ребенка, вне зависимости от того, проистекают ли эти решения из религиозных убеждений или иных причин. Данное утверждение, прежде всего, связано с пониманием того, что дети не выбирают религию и имеют право на защиту государством от религии до достижения того возраста, в котором смогут принять осознанное решение. Таким образом, в указанной клинической ситуации с маленьким ребенком предпочтение над принципом автономии родителей быть законными представителями ребенка, принимающими за него решения, необходимо отдать принципу не причинения вреда смерти и принципу обеспечения медицинской помощи для восстановления здоровья и сохранения жизни ребенка.

> Пациента следует признать компетентным, если он понимает происходящее, осознает последствия своего решения, его решение имеет рациональное обоснование.

Вместе с тем, указанная клиническая ситуация поднимает фундаментальный этический вопрос, требующий ответа, а именно: обладает ли кто-либо этическим правом отказаться от лечения вследствие своих религиозных воззрений?

Применительно к данной клинической ситуации основное выше упомянутое определение компетентности можно применить в модифицированном варианте, согласно которому компетентным может быть признано решение, имеющее не только рациональное обоснование, но также основанное на религиозных убеждениях, являющихся общепринятыми и не подпадающими под определение «ненормальных» или «нерелигиозных».

Попробуем рассмотреть несколько сценариев применения модифицированного определения компетентности к ситуации отказа взрослого пациента от сохраняющей жизнь процедуры переливания крови вследствие своих религиозных убеждений.

Итак, представим себе, что один из наших пациентов принадлежит признанной Церкви Свидетелей Иеговы, а второй – последователь Церкви Джазовой Музыки. Первый пациент будет признан компетентным и ему будет позволено отказаться от лечения и даже погибнуть, в то время как второго, скорее всего, сочтут некомпетентным, и право принятия решений будет передано законному представителю.

С одной стороны, между высказанными пожеланиями двух пациентов нет никакой разницы, ведь оба основывают свои решения на своей вере и оба понимают, что отказ от переливания крови приведет к смерти. Оба пациента придерживаются взглядов, не имеющих ничего общего с логическим анализом фактов и рациональным выбором. Вера является убеждением в том, что не может быть подтверждено доказательствами, что не связано ни с логикой, ни с фактами, в том, что эмпирически не проверяемо. Если бы вера подтверждалась доказательствами, то она рассматривалась бы уже не как вера и убеждения, а как истина и знания.

В нашем случае вся разница между пациентами заключается в том, что один из них – последователь Свидетелей Иеговы, озвучил религиозное убеждение признанного религиозного сообщества, в то время как позиция последователя Церкви Джазовой Музыки выходит за рамки основных и признанных религиозных течений. Поэтому, второй пациент будет охарактеризован как некомпетентный вне зависимости от глубины и искренности своих желаний и убеждений, даже в случае их религиозности, они будут при-

знаны слишком «ненормальными» или иррациональными для принятия жизненно важного решения.

Несмотря на то, что некоторые сочтут данное суждение дискриминационным и будут протестовать его вынесению, общество и далее будет практиковать принятие подобных решений. Единственной альтернативой будет только принятие того, что любое религиозное утверждение соответствует понятию компетентности и приемлемо для осуществления права принятия жизненно важных решений вне зависимости от их видимой «ненормальности». Однако большинство людей не одобрят такого обобщения, приводящего к действиям за рамками общепринятого опыта и религий, и сочтут его совершенно иррациональным.

С другой стороны, могут возникать несколько иные ситуации, в которых последователи Церкви Свидетелей Иеговы основывают свой отказ от лечения на основе убеждений признанной и принятой религиозной секты. Но, в отличие от первого пациента – Свидетеля, такие люди переходят рамки своей религии, утверждающей, что переливание крови противоречит Божественному закону, и полагают, что «Бог исцелит их и без медицинских вмешательств». В этом случае речь идет о непонимании факта надвигающейся гибели и религиозном заблуждении.

> Родители не имеют этически обоснованного права на отказ от лечения своих несовершеннолетних детей вследствие собственных религиозных убеждений

Не понимая и не осознавая последствий своего решения, такой пациент не выносит жизненно важного решения, потому что не выбирает между двумя альтернативами: либо согласиться на переливание крови и жить, либо отказаться и умереть. Данный пациент выбирает между согласием на процедуру с сохранением жизни с одной стороны, и отказом от процедуры, но также с сохранением жизни, с другой стороны, что является заблуждением. Такой пациент не способен выразить свою волю свободно, поскольку не осознает реальных альтернатив, из которых делает выбор. Если свобода волеизъявления не может быть реализована, пациента следует признать некомпетентным.

Не принимая должного решения и не выбирая между жизнью и смертью, пациент в принципе не решает. Поэтому принцип автономии в отношении такого пациента не срабатывает, ведь автономия требует уважать настоящее и действительное решение. Более того, данный пациент отказывается от лечения вовсе не на основе религиозных убеждений. Он находится во власти религиозного заблуждения, в силу которого не может адекватно оценить истинную картину ситуации и увидеть риск гибели в результате своих действий.

Представим себе иную ситуацию, в которой пациент считает, что его исцеление наступит вместе с полнолунием без необходимого медицинского вмешательства. Пациент, как и лица в предыдущих историях, отказывается от переливания крови. Тем не менее, в отличие от последователя Церкви Джазовой Музыки, он не только выходит за рамки общепринятых религиозных воззрений, но подобно пациенту, уверенному в том, что Господь его исцелит, не понимает ни сути проблемы со своим здоровьем, ни фатальных последствий своего решения. В такой ситуации пациент будет признан некомпетентным; его отказ от вмешательства будет аннулирован, и медицинские работники проведут сохраняющую жизнь процедуру.

Подытоживая, отметим, что в случаях религиозного отказа от лечения в соответствие с понятием компетентности, пациент может быть признан компетентным, если он не заблуждается и полностью осознает последствия своего решения. И, как мы рассматривали в статье, такой отказ должен быть в рамках общепризнанных религиозных убеждений, не содержать нерелигиозных мотивов.

Возвращаясь же к первоначальной ситуации, нам следует еще раз обратить внимание на то, что принцип автономии пациента требует соблюдения медицинскими работниками свободно выраженного отказа пациента от переливания крови, однако это не распространяется на родителей пациента, не обладающих этическим правом отказа от переливания крови своему маленькому ребенку.

Судебная практика

Случаи гибели «Свидетелей Иеговы» в результате отказа от переливания крови в России не редки. Очередная дикая смерть пациента, не позволившего себя лечить по религиозным убеждениям, произошла в Петербурге 19 января 2011 года. 22-летний молодой человек с высшим образованием отказался от переливания крови, ссылаясь на требования религии, проповедуемой культом «Свидетели Иеговы».

Вообще, медикам достаточно часто приходится сталкиваться с ситуациями, когда требующий серьезной операции больной отказывается от процедуры переливания крови, мотивируя это своими религиозными убеждениями. Такими больными являются, как правило, члены организации «Свидетели Иеговы».

Медицинские работники в подобных случаях оказываются между двух огней: они не имеют права переливать больному кровь без его согласия или без согласия его законных представителей (если больной – несовершеннолетний), но за неоказание помощи больному предусмотрена уголовная ответственность.

Решается проблема только через суд. Чаще всего суды выносят решение в пользу медицинских работников, если речь идет о несовершеннолетнем, и в пользу больных, когда они совершеннолетние. В экстренных ситуациях при необходимости переливания крови ребенку и отказе родителей от процедуры, решение может быть принято консилиумом врачей. Затем документы обязательно передаются в суд.

Прецедент

Жительнице Когалыма, отказавшейся делать переливание крови своему сыну по религиозным убеждениям, Мировой суд города вынес обвинительный приговор. Об этом сообщает пресс-служба прокуратуры Югры.

В ходе следствия было установлено, что подсудимая, являющаяся членом религиозной организации «Свидетели Иеговы», 3 февраля 2010 года не дала согласия врачам педиатрического отделения Когалымской городской больницы на переливание крови ее пятилетнему сыну, куда он был госпитализирован в тяжелом состоянии.

Женщина приняла такое решение, хотя переливание донорской крови было единственным средством сохранения жизни мальчика. В результате непроведения процедуры 5 февраля 2010 года мальчик скончался.

Мировой суд согласился с позицией государственного обвинителя, признал женщину виновной по 125 статье 2 части Уголовного кодекса РФ «Оставление в опасности» и назначил наказание в виде штрафа. Добавим, что максимальным наказанием по этой статье является лишение свободы на срок до одного года.

Данное уголовное дело является первым и единственным в Российской Федерации, создающим предпосылки для формирования практики привлечения к ответственности членов религиозной организации «Свидетели Иеговы» за отказ от переливания крови малолетним детям по религиозным основаниям.

К вопросу о режиме труда и отдыха работников противотуберкулезной службы

ВОПРОС:
КАКОЙ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ОТПУСК ПОЛАГАЕТСЯ МЕДИЦИНСКИМ СЕСТРАМ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ, РАБОТАЮЩИМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ?

ОТВЕТ:

В соответствии со ст. 115 Трудового кодекса РФ ежегодный основной оплачиваемый отпуск предоставляется работникам продолжительностью 28 календарных дней. Ежегодный основной оплачиваемый отпуск продолжительностью более 28 календарных дней (удлиненный основной отпуск) предоставляется работникам в соответствии с Трудовым Кодексом РФ и иными федеральными законами.

В соответствии со ст. 117 Трудового кодекса РФ минимальная продолжительность ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, и условия его предоставления устанавливаются в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации, с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.

Постановлением Правительства РФ от 20.11.2008 N 870 «Об установлении сокращенной продолжительности рабочего времени, ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска, повышенной оплаты труда работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда» установлено, что **работники, занятые на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда, по результатам аттестации рабочих мест имеют право на ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск – не менее 7 календарных дней.**

В соответствии с п. 2 указанного выше постановления Минздравсоцразвития России обязано было издать нормативный правовой акт, устанавливающий работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда по результатам аттестации рабочих мест, соответствующие компенсации и условия их предоставления. Однако такой нормативный правовой акт до настоящего времени не принят.

До принятия такого нормативного правового акта, на основании ст. 423 Трудового кодекса РФ, следует руководствоваться Списком производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день, утвержденным Постановлением Госкомтруда СССР и Президиума ВЦСПС от 25.10.1974 N 298/П-22 (раздел «XL. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»). Порядок применения указанного Списка в настоящее время предусмотрен Письмом Минтруда России от 12.08.2003 N 861–7 и Постановлением Госкомтруда СССР и Президиума ВЦСПС от 21.11.1975 N 273/П-20.

> ***Дополнительный оплачиваемый отпуск может быть установлен и большей продолжительности (сверх установленного законодательством) для отдельных категорий работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (с учетом условий их труда), в коллективном договоре или ином локальном нормативном акте организации***

Право на ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск имеют работники, должности (профессии) которых указаны в соответствующих разделах указанного Списка, т. е. непосредственно выполняющие работу, предусмотренную Списком.

Средний медицинский персонал фтизиатрической службы, работающий с ВИЧ-инфекцией, как отдельная категория работников, указанным Списком не предусмотрен, но предусмотрен средний медицинский персонал инфекционных, туберкулезных (противотуберкулезных) лечебно-профилактических учреждений, которые имеют право на дополнительный отпуск продолжительностью 12 рабочих дней. При этом при предоставлении отпуска в рабочих днях для его расчета применяются положения ч. 5 ст. 139 ТК РФ.

В то же время:

– статьей 22 Федерального закона «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) «

- Постановлением Правительства РФ от 03.04.1996 N 391 «О порядке предоставления льгот работникам, подвергающимся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей»;

– Постановлением Минтруда РФ от 08.08.1996 N 50 «Об утверждении Порядка предоставления сокращенной продолжительности рабочего времени (36 часов в неделю) и ежегодного оплачиваемого отпуска продолжительностью 36 рабочих дней (с учетом ежегодного дополнительного отпуска за

работу в опасных для здоровья условиях труда) работникам организаций здравоохранения, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также работникам организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека»;

Предусмотрено, что средний медицинский персонал организаций здравоохранения и госсанэпидслужбы (их структурные подразделения), имеющий непосредственный контакт с больными СПИДом и ВИЧ-инфицированными при оказании медицинской помощи, проведении судебно-медицинской экспертизы и другой работы, ***имеет право на ежегодный оплачиваемый отпуск продолжительностью 36 рабочих дней*** (с учетом ежегодного дополнительного отпуска за работу в опасных для здоровья условиях труда).

В соответствии с пунктом 3 Порядка предоставления сокращенной продолжительности рабочего времени (36 часов в неделю) и ежегодного оплачиваемого отпуска продолжительностью 36 рабочих дней (с учетом ежегодного дополнительного отпуска за работу в опасных для здоровья условиях труда) работникам организаций здравоохранения, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также работникам организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, утвержденного постановлением Минтруда России от 08.08.1996 N 50, ***в стаж работы***, дающий право на получение ежегодного оплачиваемого отпуска продолжительностью 36 рабочих дней, ***включаются те дни, в которые работники были фактически заняты в опасных для здоровья условиях труда***.

Также следует отметить, что дополнительный оплачиваемый отпуск может быть установлен и большей продолжительности (сверх установленного законодательством) для отдельных категорий работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (с учетом условий их труда), в коллективном договоре или ином локальном нормативном акте организации.

Юрисконсульт РАМС

Практические аспекты гигиены рук в лечебных учреждениях

Антюшко Т.Д.
преподаватель медицинского колледжа РАМН,
руководитель НМЦ компании «Пауль Хартманн»

Руки медицинских работников – это «медицинский инструмент», которым пользуются чаще всего. Но если необходимость тщательной обработки инструментов ни у кого не вызывает сомнений, то отношение к дезинфекции рук в медицинском сообществе не столь однозначное. Ни для кого не секрет, что приверженность медицинского персонала к гигиене и дезинфекции рук очень низка и составляет даже в благополучных странах не более 40–60%. Это означает, что медсестры и врачи обрабатывают руки только в одном из двух случаев, когда это необходимо, и зачастую делают это неправильно, что снижает качество обработки. В критических ситуациях при сильном недостатке времени и большой рабочей нагрузке частота обработки рук может составлять всего 10% от «идеального» значения.

В то же время ни для кого не секрет, что гигиена рук, являясь простой процедурой, остается первичной мерой профилактики нозокомиальных инфекций и антимикробной устойчивости в лечебных учреждениях.

В 2004 году ВОЗ учредила Всемирный альянс за безопасность пациентов в целях повышения осведомленности и активизации помощи и поддержки на высоком уровне в решении вопросов безопасности пациентов в мировом масштабе. Менее чем за два года после форума ВОЗ инициатива замены мытья рук безводной обработкой спиртовыми антисептиками внедрена в практику многими странами. По заявлению заведующего сектором безопасности пациентов ВОЗ Лиама Дональдсона, в конце 2006 года 35 стран – членов ВОЗ согласились перевести свой медперсонал на новый способ дезинфекции рук. Многие госпитали в США оснащены дозаторами с антисептиком для рук на всем пути перемещения посетителей, больных и персонала (регистратура, коридоры, места ожидания лифтов и т. п.). Рядом с каждым дозатором установлена специальная табличка, сообщающая о том, что препарат предназначен для использования посетителями перед и после посещения больных и снабженная девизом – «ЧИСТЫЕ РУКИ СПАСУТ ЖИЗНИ».

Наша страна вступила в этот альянс в 2006 году. В 2009 году были полностью пересмотрены правила обработки рук для медицинского персонала, что нашло отражение в дополнении № 1 к СП 3.1.2485–09, а затем в Санитарно-эпидемиологических правилах и нормативах (СанПиН2.1.3.2630–10), которые являются основным документом, регламентирующим подходы к профилактике внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях.

Эти правила действуют на территории нашей страны более года, но и сегодня выполнение медицинским персоналом рекомендаций по обработке рук остается на крайне низком уровне. В частности обработка кожи рук спиртосодержащими антисептиками в качестве альтернативы мытью применяется далеко не везде и не всегда несмотря на ее очевидные преимущества. Давайте порассуждаем, в чём причина такого отношения к этому требованию. На первое место я бы поставила так называемый «информационный голод»: недостаток образования, опыта, информации об этиологии и предпосылках внутрибольничных инфекций, а также о методиках правильной обработки. Мало кто знает, что руки – основной переносчик нозокомиальных инфекций в стационарах, в то время как на обработку инструментов и поверхностей выделяется значительно больше времени и средств.

Далее идет «мотивационный фактор», т. е. ответственность сотрудника и его отношение к проблеме, изложенной в имеющихся руководствах. Помимо личной образованности и мотивации работника существуют и другие факторы: работа в критических условиях при сильной загруженности, недостаток персонала, переполненность медучреждений, недостаточное количество дозаторов или их неудобное расположение; недостаточная осведомленность и недооценка важности проблемы инфекций, ассоциированных с оказанием медицинской помощи у руководителей ЛПУ; недостаточный бюджет на кожные антисептики, дозаторы, одноразовые полотенца, средства по уходу за руками; отсутствие административного регулирования (поощрения и поддержки или наоборот – санкций).

Поэтому так важен комплексный подход при решении вопросов выбора кожных антисептиков в лечебных учреждениях.

Очевидно, что основное предназначение антисептика в процедуре гигиены рук – уничтожение возбудителей ВБИ – связано с его активностью и спектром действия. Препарат должен быть высокоэффективен в отношении всех известных возбудителей нозокомиальных инфекций, включая метициллинрезистентные штаммы стафилококков (MRSA), ванкомицинрезистентные штаммы энтерококков (VRE), а также новых возбудителей, которые играют все большую роль в эпидемиологии ВБИ. Все больший вклад в этиологию внутрибольничных инфекций вносят дрожжевые грибы рода Кандида: их доля среди возбудителей достигает 10%.

В Европе одним из наиболее эффективных кожных антисептиков на основе изопропанола является «Стериллиум» компании Пауль Хартманн.

«Стериллиум» демонстрирует высокую антимикробную эффективность, позволяющую применять его в учреждениях любого профиля для быстрой эрадикации всех актуальных с точки зрения нозокомиальных инфекций возбудителей.

Длительность действия:

- **бактерицидное** (включая MRSA, сальмонеллы, листерии и др.) – **30 секунд**;
- **противогрибовое – 30 секунд;**
- **туберкулоцидное – 15 секунд;**
- **вирулицидное** против оболочечных вирусов (включая HBV, HIV, HCV) – **15 секунд;**
- **Вирус гриппа А – 15 секунд;**
- **SARS – 30 секунд;**
- **ротавирус – 30 секунд;**

Доказано, что для выполнения рекомендаций, или комплаентности, важна не только эффективность антисептика, но и его переносимость. Не случайно во всем мире отдают предпочтение спиртосодержащим антисептикам как самым безопасным в отношении раздражения кожи и развития аллергических реакций. «Стериллиум» обладает прекрасным профилем безопасности и, благодаря наличию в составе глицерина и тетрадеканола, сохраняет кожу здоровой и увлажненной.

Кроме того, благодаря уникальным свойствам мецетрониум-этилсульфата при применении средства «Стериллиум» повышается гладкость кожи и снижается потоотделение под перчатками. Важно, что за годы использования было доказано отсутствие отдаленных мутагенных и канцерогенных эффектов.

Уже долгие годы «Стериллиум» остается востребованным, причем не только в лечебных учреждениях, но и в промышленном секторе и общественных местах и организациях.

Многочисленные, в том числе сравнительные, исследования подтверждают, что «Стериллиум» является надежным «партнёром» медицинских работников, позволяющим снизить частоту инфекций в лечебных учреждениях.

Для подготовки статьи использовалась следующая литература и информация на сайтах:

1. Hartmann S.R., Pietch H., Sauermann G., Neubert (1994). Dermatosen 42: 241–245
2. Proske O., Sauermann G., Pietch, Rohde B. (1995). Hyg. Med. 20: 535–542
3. NN (1993) Pers. Mitt. Pietch H., Brausel A.
4. Hartmann SR, Pietch H, Sauermann G, Neubert (1994). Dermatosen 42: 241–245
5. Pitten FA, Rudolph, Below H, Kramer A (2001). J Hosp Inf 48 (Suppl A) 529–532
6. Proske O, Sauermann G, Pietch, Rohde B (1995). Hyg Med 20: 535–542
7. NN (1993) Pers. Mitt. Pietch H, Brausel A.
8. Г. Кампф (2005) Гигиена рук в здравоохранении
9. http: //www. oligopharm. org/ Pages
10. http: //podacictre.tk
11. http: //www.fabrikabiz.ru

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАН

ХАРТМАНН предлагает современные перевязочные средства для лечения:

- ссадин
- ожогов
- пролежней
- трофических и диабетических язв
- плохл заживающих ран различного происхождения

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ РАН С ПОМОЩЬЮ СОВРЕМЕННЫЗ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ СРЕДСТВ:

- Создание и поддержание оптимальной (влажной) среды в ране для ее заживления
- Быстрое очищение раны
- Обеспечение должного газо- и парообмена в ране
- Профилактика вторичного инфицирования
- Защита раны от загрязнения и механического раздражения
- Безболезненность при перевязке
- Сокращение сроков заживления раны

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ В ЛЕЧЕНИИ РАН

Бранолинд Н с перуанским бальзамом - ранозаживляющая, атравматическая повязка с антисептическим эффектом.

Атрауман Ag - антимикробная атравматическая повязка с серебром.

Пюттербинт - классический эластичный бинт. 100% хлопок. Сохраняет свои компрессионные свойства до 5 лет непрерывной эксплуатации.

Омнификс - на основе белого нетканого материала, эластичен. Для сплошной фиксации повязок на чувствительной коже.

Пеха-хафт - самофиксирующийся бинт. Надежная фиксация на длительное время. Не требует завязывания.

Космопор Антибактериал - самоклеящаяся серебросодержащая повязка для инфицированных ран и ран с повышенной угрозой инфицирования. Двойная уникальность для защиты раны. Антибактериальный эффект. Технология DryBarrier = Максимум впитывания и минимум повторного увлажнения раны.

Омнипласт, Омнипор, Омнисилк, Омнифилм
Фиксирующие пластыри в катушках на основе текстильного, нетканого материала, искусственного шелка, пористой прозрачной пленки. Воздухопроницаемые, гипоаллергенные. Удаляются безболезненно и без остатков.

ХАРТМАНН помогает лечить. Помогайте с нами!

Телефон горячей линии: 8 800 505 12 12 (звонки из любого региона РФ бесплатно)

МЕДИХЛОР®

Российское таблетированное дезинфицирующее средство

Предназначено к применению:

- **при проведении заключительной, текущей и профилактической дезинфекции в ЛПУ и инфекционных очагах для обеззараживания:**
  - поверхностей в помещениях, жесткой мебели, поверхностей приборов, аппаратов, санитарно-технического оборудования, резиновых ковриков, белья, посуды столовой, лабораторной (в том числе однократного использования), аптечной, предметов для мытья посуды, игрушек, предметов ухода за больными, обуви из полимерных материалов, уборочного инвентаря, выделений (кровь, моча, мокроты, рвотные массы, фекалии и др.), остатков пищи, посуды из-под выделений, медицинских отходов классов Б и В (перевязочный материал, изделия медицинского назначения однократного применения), изделий медицинского назначения при инфекциях бактериальной (включая туберкулез и особо опасные инфекции - чуму, легионеллез, холеру, туляремию, сибирскую язву) и вирусной этиологии, кандидозах и дерматофитиях; санитарного транспорта;
- **для проведения генеральных уборок в ЛПУ и детских учреждениях;**
- **для проведения заключительной дезинфекции в детских учреждениях;**
- **для профилактической дезинфекции на коммунальных объектах (гостиницы, общежития, парикмахерские, общественные туалеты и др.), учреждениях культуры, отдыха, спорта (кинотеатры, офисы, спортивные и культурно-оздоровительные комплексы, бассейны и др.), предприятиях общественного питания и торговли, продовольственных и промышленных рынках, военных, пенитенциарных учреждениях, казармах, учреждениях социального обеспечения (дома для инвалидов и престарелых и др.) ;**
- **для обеззараживания:**
  - поверхностей в помещениях, жесткой мебели, поверхностей приборов, аппаратов, санитарно-технического оборудования, резиновых ковриков, белья, посуды столовой (в том числе однократного использования), предметов для мытья посуды, игрушек, средств личной гигиены, обуви из полимерных материалов, уборочного инвентаря, инструментов (парикмахерских, косметических);
  - мусоросборников, мусорокамер, мусоровозов и мусороуборочного оборудования;
  - транспорта для перевозки пищевых продуктов, общественного транспорта;
- **населением в быту.**

1 таблетка - 1 грамм,
1 банка - 1000 таблеток
1 таблетка при растворении выделяет 0,5 гр. активного хлора

срок годности средства - 5 лет
рабочих растворов средства - 4 суток

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