

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 3/3 2011



*Доброе сердце является
фонтаном радости,
освежающим всё вокруг.*

*Подводим итоги профессиональных
конкурсов*



стр. 5

*Модернизация
здравоохранения –
Республика Саха (Якутия)*



стр. 7

*Новый этап
международного проекта
«Лидерство в переговорах»*



стр. 30

*Организация помощи
стоматологическим
пациентам*

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



■ В преддверии выборов Правление Ассоциации медицинских сестер России намерено обратиться к ведущим политическим силам страны с требованием безотлагательных перемен, поддержки сестринского персонала и скорейшего решения всего комплекса накопившихся проблем

Уважаемые коллеги и читатели «Вестника»!

Приветствуем вас на страницах очередного выпуска нашего журнала, благодаря которому надеемся донести до вас актуальную информацию о работе Ассоциации и о тех задачах, над решением которых мы сегодня работаем.

В первую очередь считаем необходимым внести ясность по вопросу о Всероссийском конкурсе «Медсестра года». Какие только метаморфозы не претерпела за летние месяцы эта инициатива Ассоциации. Будучи формально поддержанным со стороны Министерства здравоохранения и социального развития, конкурс не получил финансирования, необходимого для того, чтобы достойно наградить победителей.

В экстренном порядке Ассоциация предпринимала действия по поиску спонсоров; сейчас с уверенностью можно сказать, что герои нашего конкурса без наград не останутся. Церемония награждения пришлось отложить на целый год, но в этом есть и свои плюсы. В октябре 2012 года Ассоциацией будет проведен Всероссийский форум медицинских сестер, приуроченный к 20-летию основания организации. Мероприятие пройдет с привлечением широкого круга специалистов в новом для них формате – главное внимание здесь будет уделено не пленарным заседаниям, а открытой дискуссии в рамках секций по специальностям. Именно в ходе этого форума и пройдет награждение победителей, с опытом и достижениями которых смогут познакомиться действительно многие специалисты. Подготовка форума уже стартовала; весомую роль в этой работе сыграют участники сформированных в Ассоциации специализирован-

ных секций. С составом секций и их задачами вы сможете познакомиться на сайте РАМС. Отметим, что ряд секций все еще находятся в процессе формирования – и Ваша инициатива по участию в этой деятельности Ассоциацией горячо приветствуется!

Хотя предстоящий Форум именуется Всероссийским, проходить он будет при участии авторитетных зарубежных ученых, экспертов в области развития сестринской профессии, представляющих множество международных организаций и стран. Зарубежные специалисты искренне заинтересованы в изучении опыта Российских медсестер, в обмене знаниями, идеями, эффективными управленческими решениями, что позволит существенно повысить градус и результативность предстоящей профессиональной дискуссии.

Надеемся, что к моменту проведения Форума будет решен вопрос об утверждении профессиональных стандартов, ставших настоящим камнем преткновения. В феврале разработанные РАМС и прошедшие длительную процедуру рецензирования и согласования в НАРК документы были переданы в адрес МЗСР для согласования. Ответ ведомства оказался неожиданным – «вопросы разработки и применения профессиональных стандартов в настоящее время не находят отражения в рамках действующего трудового законодательства». В условиях модернизации экономики и курса на инновационное развитие, в условиях, когда на уровне Министерства разработка профессиональных стандартов рассматривается как путь к совершенствованию рынка труда и трудовых отношений, затягивание процесса принятия разработанных стандартов не поддается логическому объяснению. Понимая, что

инициировав процесс стандартизации профессиональной деятельности в области здравоохранения Ассоциация стала первопроходцем, мы будем добиваться скорейшего утверждения документов. К сожалению, опыт других стран свидетельствует о том, что профессиональные стандарты медицинских сестер даже не рассматриваются до тех пор, пока не созданы и не утверждены врачебные.

Тем не менее, мы верим в успех предпринятых действий, тем более что талант, исключительный профессионализм, знание своего дела, самоотверженность медицинских сестер – самое главное подтверждение состоятельности и важности нашей профессии. На страницах этого номера вы познакомитесь с настоящими героями современного российского здравоохранения, каждый день готовых на подвиг – будь то непосредственная помощь пациенту или управленческая работа в условиях усугубляющегося дефицита кадров. Верим мы и в то, что в ближайшее время сменится и вектор политики в отношении высшего образования по специальности «сестринское дело». Несмотря на то, что образовательный стандарт бакалавриата был утвержден, набора в ВУЗы, подведомственные Минздравсоцразвития в 2011 году не было. По имеющимся данным Минздравсоцразвития приостановило выдачу образовательным учреждениям лицензий на обучение медицинских сестер. Без внимания Ассоциации этот вопрос не останется, мы уверены, что единственно правильным для России является цивилизованный путь развития сестринского дела, идущий через обучение и осуществление научной работы.

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



На обложке: Воронцова Джульетта Юрьевна, медицинская сестра отделения патологии новорожденных ГКБ №1, г. Чебоксары, Республика Чувашия

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ

Конкурсы, достижения, победы – в регионах России определены лучшие специалисты отрасли стр. 3

Модернизация здравоохранения через развитие сестринского дела – медицинские сестры Республики Саха (Якутия) обсудили актуальные задачи стр.5

НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ

Лидерство в переговорах: станем настойчивыми и убедительными стр. 7

Открытость, доступность, информированность: решения Правления РАМС стр. 10

Итоги национального конкурса медсестер неонатальной службы стр. 14

СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Остановить ТБ – медицинские сестры Якутии исследовали эффективность дезинфекционных мероприятий стр. 16

Научные основы сестринской практике: реализация исследовательских проектов в Омской области стр. 23

ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА

Задачи развития перинатальной помощи в Тюменской области стр. 11

Российские практики обеспечения периферического доступа стр. 28

Организация помощи стомированным пациентам стр. 30

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Люди, город и цветущие каштаны – состоялся профессиональный обмен между медсестрами России и Литвы стр. 19

ГЕРОИ НАШЕГО ВРЕМЕНИ

Всегда на боевом посту стр. 22

ВОПРОСЫ ЭТИКИ

Врачебное назначение или требование пациента – дилемма медицинской сестры стр. 13

ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

На пределе возможностей стр. 38

СОТРУДНИЧЕСТВО С АВТОРАМИ

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. К публикации в Вестнике принимаются статьи и материалы по темам научных исследований в сестринском деле, этическим вопросам в сестринской практике, а также по методическим рекомендациям и образцовому опыту, достижениям и проблемам на рабочих местах. Материалы следует направлять в электронном виде, с обязательным указанием Ф.И.О. автора, должности, учреждения, контактных данных на титульной странице, фотографией автора и дополнительными качественными иллюстрациями в виде отдельных файлов в формате JPEG. Подробнее <http://medsestre.ru/publ/info/herald>

ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

Подписка на журнал «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» осуществляется через Редакцию. В заявках на журнал следует указывать ваш полный почтовый адрес, контактный телефон, количество экземпляров, номер(а) выпуска Вестника, на который вы подписываетесь. Стоимость подписки определяется количеством экземпляров и членством в РАМС (региональной ассоциации в составе РАМС).

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 – Любовь Грабарь
Верстка – Игорь Быков, Ольга Гаврилова
Корректор – Марина Водолазова

АДРЕС РЕДАКЦИИ

191002, Санкт-Петербург, Загородный пр., д. 14, литер А, пом. 15Н.
Тел./факс: (812) 575-80-51, 315-00-26. E-mail: 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»

ГОЛОЛОВОВА 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 20.06.2011. Отпечатано в типографии ООО «Береста». 196084, Россия, Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, 28. Заказ №1155. Тираж 11 500. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет.

КОНКУРСЫ, ДОСТИЖЕНИЯ, ПОБЕДЫ



ВО МНОГИХ РЕГИОНАХ РОССИИ ОПРЕДЕЛЕНЫ ЛУЧШИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ ОТРАСЛИ

Определять лучших специалистов в сестринском, акушерском, лечебном деле – задача вовсе не праздная. Во-первых, достойный вклад в оказание сестринской помощи должен найти такую же достойную оценку. Во-вторых, принципы успешной работы, профессиональные достижения специалистов должны становиться достоянием всего сообщества медицинских сестер – для дальнейшего более широкого воспроизведения на практике.

Весенние месяцы этого года были наполнены яркими конкурсными мероприятиями, участниками которых стали тысячи медицинских сестер по всей стране.

В Новосибирске конкурс «Лучший по профессии – 2011» проводился в номинациях «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело». Его заключительный этап состоялся 10 июня 2011 года в конференц-зале Новосибирской областной клинической больницы (ГБУЗ НСО ГНОКБ) с участием 17 претендентов из разных учреждений здравоохранения Новосибирска и Новосибирской области.

Приятно отметить, что вместе с опытными профессионалами, в финале соревновались и молодые специалисты, для которых конкурс стал площадкой повышения профессионального мастерства.

На торжественном открытии финального этапа конкурса участников приветствовала заместитель министра здравоохранения Новосибирской области И.М. Гичева. Ирина Михайловна выразила немало теплых слов в адрес конкурса, поделилась перспективами развития сестринского дела в Новосибирской области, вручила Грамоты Минздрава НСО всем финалистам конкурса.

Среди гостей конкурса были представители городских и областных ЛПУ. Своих сотрудников, прошедших в финал, приехали поддержать главные врачи, коллеги «болели» и поддерживали своих; равнодушных к конкурсу



не осталось, каждый переживал и ждал победы.

В состав жюри вошли главные врачи и руководители сестринских подразделений ЛПУ Новосибирска, представители Центра повышения квалификации работников здравоохранения НСО и Новосибирского медицинского колледжа, председатель профсоюза работников здравоохранения НСО. Конкурсная программа финала состояла из двух этапов: на первом – участницы представляли домашнее задание, включающее видеоклип и работу на фотоконкурс по теме «Профессиональная этика». На втором этапе финалистами были представлены номера художественной самодетельности.

Таковыми победителями были признаны: в номинации «Лечебное дело» Пехенько Татьяна Николаевна, фельдшер Садовского ФАП Краснозерской ЦРБ, в номинации «Акушерское дело» - Барабанщикова Маргарита Владимировна, акушерка родильного отделения Краснозерской ЦРБ и в номинации «Сестринское дело» - Галсанова Вальжи Семеновна, перевязочная медсестра гинекологического отделения Новосибирской областной больницы.

Жюри было трудно отдать предпочтение какому-то одному участнику номинации, поскольку все были хорошо подготовлены и сумели продемонстрировать не только умение трудиться «на отлично», но и высокий артистизм.

По окончании конкурса всем участницам были вручены памятные Дипломы, подарки и денежные премии от РОО НПАССД. От лица профсоюза работников здравоохранения Г.И. Печерская также вручила денежные премии всем финалистам.

Представители медицинских фирм ООО Бозон, ООО В. Braun, ЗАО Здравмедтех-Новосибирск, Paul Hartmann, ООО Тримэкс, Weleda подарили всем, кто принимал участие в финальном этапе, памятные сувениры и денежные призы.

Победители областного смотра-конкурса, занявшие первые места в соответствующих номинациях, будут представлять Новосибирскую область на Окружном этапе (Сибирский федеральный округ) Всероссийского конкурса профессионального мастерства «Лучший по профессии – 2011» среди специалистов со средним медицинским и высшим сестринским образованием.

Ассоциация средних медицинских работников Красноярского края в канун Дня Медицинского работника провела конкурс «Лучшая старшая медицинская сестра 2011»

Выбор номинации в пользу старшей медицинской сестры не случаен, ведь именно от ее умения быть хозяйкой в отделении, быть мудрым руководителем для своих подчиненных и профессиона-

лом для всех зависит работа коллектива и качественное выполнение поставленных задач, а именно – выполнение медицинской манипуляции, создание благоприятной среды для пациента.

хирургии. Открыл торжественное мероприятие главный врач Центра, доктор медицинских наук, профессор Валерий Анатольевич Сакович.

Жюри очень высоко оценило решение участницами ситуационных задач и выступления групп поддержки! Определить лучшую медсестру было не так просто, каждая была достойна победы. Но, конкурс есть конкурс, и победитель был определен – Тарасова Ольга Игоревна – старшая медицинская сестра отделения анестезиологии и реанимации ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии».

Всем участницам конкурса вручены цветы, медицинские журналы, подарки от косметических фирм, подарочные сертификаты.



В конкурсе приняли участие 7 лечебных учреждений Красноярского края. «Поболеть» за своих участниц приехали более 160 медицинских сестер. Достоинство преодолели два заочных этапа – это тестирование, написание эссе – в финале участницы представляли видеоролики и слайдовые презентации о себе, своей работе, об учреждении, в котором работают.

Финал конкурса проходил в Центре Сердечно-сосудистой

Профессиональный конкурс, но уже в номинации лучшая медицинская сестра общей практики, прошел в Мурманской области – 32 медицинские сестры региона демонстрировали мастерство, знания, навыки и умения, а также творческие способности

До финала дошли девять участниц. Соревнование проходило в три тура.

1 тур проходил на местах в лечебных учреждениях, где работали конкурсантки – решали тестовые задания. Во второй тур прошли 24 медсестры, набравшие высший балл.

2 тур проходил в Мурманском медицинском колледже. Администрация колледжа и Центра постдипломного образования г. Мурманска создали дружескую атмосферу для участников, поддержали и напутствовали их на успех в конкурсе.

3 тур проходил в два этапа, на I-этапе – было необходимо написать творческую работу на тему: «Роль медицинской сестры в формировании здорового образа жизни»; II –этап – самый трудный, но в тоже время и торжественный, проходил в Центре детского творчества.

Именно этот этап стал самым зрелищным, ярким и запоминающимся; здесь проявились таланты, мастерство и обаяние всех участниц.

Званием победительницы конкурса строгое жюри удостоило медицинскую сестру врача общей практики муниципального учрежде-



На фото 9 участниц конкурса Лучшая медсестра общей практики 2011 г.

ния здравоохранения «Поликлиника № 5» Татьяну Усову, за плечами которой 19 лет медицинского стажа, из которых пятнадцать – за операционным столом отделения нейрохирургии областной клинической больницы; 2-е место заняла Самохина Марина, медицинская сестра общей практики поликлиники Мурманского клинического комплекса ФГУ

«НМХЦ им. Н.И. Пирогова», 3- место Гетьман Елена Флерковна МУЗ «Кольская ЦРБ». Победители и призеры конкурса по традиции были награждены дипломами и памятными подарками.

Модернизация здравоохранения через развитие сестринского дела – медицинские сестры Республики Саха (Якутия) обсудили актуальные задачи профессии

Представления о республике Саха (Якутия) у всех разные, тем более что не каждый может похвастаться, что был там и любовался красотами далекого от центра России сурового края.

Республика Саха (Якутия) – субъект РФ, по своим природным и территориальным условиям не имеющий аналогов на планете. Расположена Республика в северо-восточной части Евразийского материка и является самым большим регионом Российской Федерации. Общая площадь континентальной и островной территории Якутии составляет 3,1 млн кв. км. Свыше 40% территории находится за Полярным кругом. Протяженность Якутии в широтном направлении – 2500 км, в меридиональном – 2000 км. Территория Якутии находится в пределах трех часовых поясов, их разница с московским временем составляет +6, +7, +8 часов.

До настоящего времени Якутия является одним из самых изолированных и труднодоступных регионов мира в транспортном отношении: 90% территории не имеет круглогодичного транспортного сообщения. Природно-климатические условия Якутии во многих отношениях характеризуются как экстремальные. Прежде всего, Якутия – самый холодный из обитаемых регионов планеты. Климат резко континентальный, отличается продолжительным



Подписание 3-стороннего соглашения о сотрудничестве между Министерством здравоохранения, Ассоциацией средних медицинских работников Республики Якутия и Ассоциацией медицинских сестер России

зимним и коротким летним периодами. В таких условиях живут люди, нуждающиеся в медицинской помощи и сестринском уходе ничуть не менее жителей других регионов страны.

Здесь нужно принимать ответственные решения, брать повышенные обязательства, ставить конкретные цели и реальные задачи. Этому девизу полностью соответствуют медицинские работники Республики. В Якутии медицинские сестры любят свою профессию, гордятся ею и открыты для обмена опытом и получения но-

вых знаний. Преодолев тысячекilометровые расстояния, многие из них приняли участие в состоявшейся 16–17 июня в Якутске Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные аспекты модернизации здравоохранения в развитии сестринского дела Республики Саха (Якутия)».

Цели проведения конференции – содействие реализации государственной политики в области сестринского дела, его дальнейшего развития и совершенствования в рамках программы модернизации, повышение роли и престижа про-

фессии среднего медицинского персонала в системе здравоохранения и среди населения, повышение уровня и качества оказания сестринских услуг.

Важным моментом этой конференции стало присутствие лидеров Ассоциации медицинских сестер России: президента ассоциации В.А. Саркисовой, исполнительного директора О.П. Комиссаровой и члена Правления РАМС, президента Новосибирской региональной ассоциации медицинских сестер Л.Д. Гололобовой.

Участников конференции приветствовал заместитель председателя Правительства Власов А.В., министр здравоохранения – Горохов Александр Васильевич, который не только поздравил всех присутствующих с Днем медицинского работника, но и вручил награды лучшим специалистам сестринского дела.

Самой почетной наградой стал грант Попечительского совета ГУ "Республиканская больница № 1-Национальный центр медицины", выигранный





Горбунова И.И., старшая медсестра отделения гемодиализа Клинического центра РБ№ 1-НЦМ



Беккер Е.Э., главная медсестра МУ «Городская стоматологическая поликлиника»



Делегаты конференции

в конкурсном соревновании старшей медицинской сестрой отделения хронического гемодиализа и нефрологии Клинического центра РБ № 1-НЦМ – Горбуновой Ириной Ивановной.

Грант в области здравоохранения для сотрудников подразделений ГУЦ РБ № 1-НЦМ учрежден с целью повышения доступности высококвалифицированной медицинской помощи для населения республики путем широкого внедрения современных высоко технологичных методов диагностики и лечения в практическую деятельность ГУ РБ№ 1-НЦМ., а также с целью повышения квалификации и содействия реализации творческого потенциала сотрудников.

Средства, полученные в рамках гранта, направляются на профессиональную подготовку кадров (участие в конференциях, симпозиумах, тематических усовершенствованиях, подготовке на рабочем месте), необходимую для дальнейшего совершенствования оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению.

В конкурсе участвовали не только медицинские сестры, но и врачи, а победителем в 2011 году стала медицинская сестра, которая представила свою работу на тему «Сестринское дело сегодня».

В ходе конференции награжденных было немало.

Елена Эриховна Беккер – главная медсестра МУ "Городская стоматологическая поликлиника", награждена благодарностью Вице-президента Республики Саха (Якутия) за заслуги в системе здравоохранения, многолетний добросовестный труд и активное участие в общественной деятельности. Такой же благодарностью награждена Воронина Светлана Михайловна – медицинская сестра ГОУ "Якутский республиканский онкологический диспансер".

Награда от профсоюза – поощрение актива Ассоциации СМР республики за совместное участие в отстаивании социальных прав среднего медицинского персонала, за социальное партнерство 20 путевками в Китай с посещением лечебных учреждений.

Профессионалы были также награждены нагрудным знаком Отличник здравоохранения РФ – 1, Отличник здравоохранения РС (Я) – 7, Почетной грамотой МЗ РС (Я) – 6, почетным знаком «За верность профессии» утвержденной Ассоциацией медицинских сестер России, врученным президентом Саркисовой В.А.

В конференции приняли участие 450 медицинских работников из Якутска и улусов республики.

Якутяне с гордостью демонстрировали свои достижения в сестринском деле. Молчаливые, скромные по натуре люди, словно цветы на роскошном поле распускались в одночасье, когда

рассказывали о результатах проекта по физиотерапии, о работе в неонатальном центре, о школе анестезисток в национальном республиканском медицинском центре. **Вербицкая Людмила Ильясовна – заместитель министра представила концепцию модернизации сестринского дела в Республике Саха.**

Валентина Антоновна Саркисова поделилась с участниками теми вопросами, которые в данный момент наиболее остро стоят на повестке дня общественного движения медсестер. Медсестры Якутии, несмотря на значительную удаленность от центра России, в общественной деятельности проявляют серьезную активность и демонстрируют убедительные успехи. В каком бы национальном проекте ни приняли участие специалисты Якутии, в каждом из направлений их достижения заслуживают большого внимания. Один только факт участия якутских медсестер во всех профессиональных конкурсах РАМС, причем достойного участия, говорит сам за себя.

Но, вернемся к событиям конференции. В рамках официальной части мероприятия состоялась подписание трехстороннего соглашения о сотрудничестве между РАМС, региональной ассоциацией и министерством Республики Саха.

В дни проведения конференции состоялись и другие важные события в жизни якутского здравоохранения.

Так, 16 июня в г. Якутске состоялось торжественное открытие детского противотуберкулезного диспансера на 80 коек и 150 посещений в смену в составе ГУ Научно-практический центр «Фтизиатрия» Министерства здравоохранения РС (Я). Строительство данного объекта велось за счет привлечения субсидий из бюджета РФ в рамках федеральной целевой программы «Экономическое и социальное развитие Дальнего Востока и Забайкалья на период до 2013 года» и бюджета РС (Я). В церемонии открытия приняли участие Председатель Правительства Республики Саха (Якутия) Г.И. Данчикова, члены правительства РС (Я), министр здравоохранения А.В. Горохов, начальник наградного отдела МЗСР РФ Н.И. Воронина, руководители республиканских медицинских учреждений и районных противотуберкулезных диспансеров, ветераны противотуберкулезной службы и делегация Ассоциации медицинских сестер России. И здесь в адрес медицинских сестер Республики прозвучало немало добрых слов и благодарностей, вклад ряда специалистов, в том числе главной медицинской сестры Обутовой А.И. в строительство новой больницы был отмечен знаком «Отличник здравоохранения».



ЛИДЕРСТВО В ПЕРЕГОВОРАХ

СТАНЕМ НАСТОЙЧИВЫМИ И УБЕДИТЕЛЬНЫМИ

В начале июня в России стартовал новый этап международного проекта «Лидерство в переговорах» – опытные преподаватели, эксперты в вопросах защиты профессиональных интересов сестринского персонала провели первый из серии семинаров для обучения лидеров региональных общественных организаций. Участниками второй волны этого проекта в нашей стране стали представители (руководители, ключевые лидеры) 14 региональных отделений Ассоциации – от Республики Башкортостан до Костромской области.

Участников семинара радушно встретили коллеги из Ивановской областной общественной организации медицинских сестер, предложившие провести семинар в старинном русском городе Суздаль, вдали от городского шума и суеты. Благодаря этому организационному решению все участники мероприятия смогли не только максимально сосредоточиться на учебе и общении, но и избавиться от эмоционального напряжения, которым наполнена жизнь каждого руководителя сестринской службы.

Разнообразный состав участвующих ассоциаций, с одной стороны вдохновил преподавателей, с другой – поставил новые непростые задачи. Если в течение предыдущих четырех лет в проекте (по условиям Международного Совета Медсестер) могли принимать участие только сильные ассоциации, то теперь такие ограничения были сняты. К участию в проекте были приглашены многие, некоторые организации (Кострома и Карелия) получили для участия в проекте финансовую поддержку со стороны РАМС.

Итак, в чем же состояли сложности? Прежде всего, в очень разном стратегическом положении региональных ассоциаций. У одних за плечами десятилетие успешной работы и тысячи членов, налаженное взаимодействие с органами власти и членами организации на местах, масса событий для сестринского персонала и желание сделать еще больше и еще лучше. У других, напротив, позади вереница неудач – численность ассоциации измеряется лишь десятками медицинских сестер, безуспешные попытки обратить на себя внимание властей, нерегулярная деятель-

ность, отсутствие четкой политики и, как многим представляется, перспектив, стагнация. Объединить в одном классе столь разных «учеников» дело непростое, но окупаемое. Как отметили преподаватели семинара, одним из важных итогов этого проекта станет формирование традиции внутренней поддержки между ассоциациями. На данный момент помощь извне, из других стран, воспринимается как норма. Такой же нормой должна стать и помощь внутри РАМС – со стороны сильных региональных организаций в адрес менее успешных или недавно созданных.

Открывая семинар, преподаватель Франсис Саппарайен неоднократно повторил, обращаясь к участникам занятий, – Ваша задача стать настойчивыми и убедительными. К сожалению, проблемы не решаются только благодаря тому, что создается профессиональная ассоциация. Свою состоятельность надо доказывать каждый день. И так происходит во всем мире. Нигде медицинские сестры не получают

НОВОСТИ КОРОТКОЙ СТРОКОЙ

НА ЗАМЕТКУ ПРЕПОДАВАТЕЛЯМ

Проект «Лидерство в переговорах» предусматривает обучение с помощью самых разных методик – презентации, работа в группах, ролевые игры, индивидуальные задания, мозговой штурм. Эти методики являются прекрасной альтернативой традиционным лекционным занятиям – ученики не усваивают, а осваивают знания.

Интересным подходом к организации обучения студентов с лидерами Ассоциации поделилась д-р философии Патриция Хейнс, профессор из Тихоокеанского университета Азуса, штат Калифорния. Патриция уверена – освоение теории сестринского дела в рамках привычных монотонных лекций постепенно уходит в прошлое. Нужны новые методы обучения, способные заинтересовать студента, заставить не только слушать и воспринимать информацию, но уметь ей пользоваться. На своих занятиях Патриция практикует проведение формальных дебатов.

Группа студентов делится на две части, каждая из которых отстаивает противоположную точку зрения. При этом не важно, какой позиции придерживается каждый участник группы, какое мнение преобладает. Подготовка к дебатам проходит интенсивно. В каждой группе студенты распределяют между собой роли и задания – им предстоит выработать аргументы не только в защиту своей позиции, но и контраргументы в сторону соперников, предвидеть и быть готовыми парировать их контраргументы. Именно на этом этапе происходит погружение в предмет спора, знакомство не только с учебниками, но со всеми доступными данными, мнениями, оценками этого предмета. Затем, в процессе дебатов, на первый план выдвигаются овладение логикой, речью, аргументацией, умением побеждать в споре. О том, что учиться неинтересно, после участия в дебатах не сможет сказать не один студент. Более того, по оценке выпускников американских вузов, дебаты являются едва ли не самым сложным элементом образовательного процесса.

всего, чего они заслуживают просто благодаря тому, что хорошо выполняют свою работу. Везде и всегда надо доказывать, что Ваши предложения заслуживают внимания, что проблемы сестринского персонала, это в конечном итоге – проблемы пациентов. Поэтому, не надо стесняться своих требований, их нужно выдвигать, аргу-



ментированно отстаивать и добиваться нужных вам решений.

Знание этих вопросов позволит лидерам организаций проанализировать свою деятельность и внести в нее нужные коррективы, добиться успеха на тех направлениях, которые более всего важны в общественной работе. В процессе обучения лекции сменялись практическими заданиями, работой в группах, ролевыми играми. Каждый вопрос включал изучение теории и анализ практики – Евю Густавсон рассказывала о структуре, приоритетах, коммуникации, сильных и слабых сторонах в деятельности Шведской ассоциации работников здравоохранения.

В ходе семинара Евю Густавсон отметила, в чем на ее взгляд состоит основное отличие сестринской практики в России и Швеции: «Благодаря 14-летнему сотрудничеству с Ассоциацией медицинских сестер я имела возможность лично наблюдать за развитием работы медсестер в России. Меня восхищает стремительность и легкость в освоении российскими коллегами новых технологий. Хочу отметить, что уровень знаний российских и шведских медсестер одинаков, но в работе шведские медсестры обладают большей степенью независимости. Уверена, что и российские медсестры могли бы стать более независимыми при условии трансформации системы здравоохранения. Более эффективно используя потенциал сестринской профессии,

можно эффективнее использовать врачебные кадровые ресурсы и, соответственно, экономить средства во благо общества».

Президент РАМС В.А. Саркисова детально рассказала о работе Российской ассоциации медицинских сестер, ее структуре, руководящих органах, их ответственности, приоритетах, сильных и слабых сторонах, о коммуникации, о том, что Ассоциация нацелена на формирование сильного представительства на местах. Политика государства во всех сферах деятельности нацелена на децентрализацию, полномочия местных органов здравоохранения, руководителей ЛПО приобретают особый вес. Для решения значительного объема вопросов развития сестринского дела федеральные решения нужны не всегда, многого стоит добиваться именно на уровне регионов. Этому и призван способствовать проект Лидерство в переговорах, дающий знания и поддержку ключевым лидерам региональных сестринских ассоциаций.

Многие теоретические аспекты «Лидерства в переговорах» публиковались на страницах Вестника в течение предыдущих лет, останавливаться на них подробнее мы не станем, тем не менее, каждый новый семинар приумножает наши знания и дает новую пищу для размышлений. В частности, в этот раз, приступая к вопросу ведения переговоров, Франсис неоднократно подчеркнул, не стоит идти напролом, стреми-

Содержание проекта «Лидерство в переговорах» было разработано в 1992 году по предложению Международного Совета Медсестер и при активном участии Шведской ассоциации работников здравоохранения. Потребности в таком обучении лидеров национальных сестринских ассоциаций оказались очень высоки. Причины же совершенно очевидны – никто и нигде не учит лидеров Ассоциаций. В какой-то момент времени к управлению общественными организациями приходят люди, которые ранее занимались исключительно оказанием медицинской помощи. Они полны идей и желания помочь своим коллегам и сформировать для профессии новые более благоприятные условия. Но как руководить этой деятельностью, когда в большинстве случаев она строится на общественных началах, когда у лидера нет подчиненных, нет финансирования, нет поддержки – скорее это он должен сразу всем вокруг.

В Швеции этот вопрос давно нашел организационное решение – вслед за отчетно-выборными конференциями и в региональных отделениях, и на национальном уровне, правление в новом составе проходило обучение по вопросам общественной деятельности. Более того, Шведская ассоциация неоднократно помогала обучением и профессиональным ассоциациям других стран. А в 1992 году по поручению МСМ были разработаны универсальные учебные материалы для проекта Лидерство в переговорах, который к настоящему времени прошел в 17 странах. Координирует реализацию проекта от имени МСМ Элизабет Адамс, консультант по вопросам политики в здравоохранении и сестринском деле.

В России преподавателями проекта являются:

1. **Франсис Саппарайн** – в прошлом президент Ассоциации медсестер Маврикия, а сегодня – консультант МСМ в реализации проектов Лидерство в переговорах и Благоприятная производственная среда, медбрат психиатрической клиники;

2. **Евю Густавсон** – член Правления Шведской ассоциации работников здравоохранения в провинции Вастерботтен, медицинская сестра анестезиологии.

тись к компромиссу, стремитесь сформировать с вашими оппонентами долгосрочные взаимоотношения, будьте готовы уступить в малом, чтобы выиграть в чем-то более значимом. «Помните, успех переговоров во многом определяется той атмосферой, которую Вы создадите с самого их начала. Если вам предстоит проводить переговоры с руководителем – не забудьте отметить, как Вам импонирует стиль его руководства, как восхищают вас отдельные его решения, если руководитель женщина – не лишними на встрече будут и небольшие комплименты» – напутствовали преподаватели участников семинара перед проведением ролевых игр. Эти рекомендации не раз оправдали ожидания – переговоры, которые были разыграны участниками семинара, прошли более чем успешно.

Особой темой для изучения на этом первом из серии семинаров стала разработка проектов. Все мы заинтересованы в переменах и развитии, но как их внедрить? Этому очень способствует проектная деятельность. Она формирует определенные официальные рамки для ваших начинаний, является параллельной работой, которая не мешает, а призвана помочь основной, способна привлечь добровольцев и, что немаловажно, спонсоров. Обсудив теоретические аспекты этого вопроса еще в первый день семинара, преподаватели дали задание всем его участникам – разработать к концу занятий собственный индивидуальный проект, который будет связан либо с их профессиональной, либо общественной деятельностью, будет нацелен на решение актуальных проблем, будет способен положительно отразиться на имидже профессиональной организации.

Новое и необычное задание многих заставило поволноваться, тем не менее, к концу семинара все участники с ним успешно справились. В результате, в течение этого года многие займутся созданием учебно-методических кабинетов в ЛПО для обучения молодых специалистов и для тренингов с практикующими медсестрами. Для таких центров нужно будет найти финансирование, сформировать небольшие библиотеки, предусмотреть оснаще-



ние, муляжи. Часть проектов была связана с ростом численности ассоциаций – посредством совершенствования информационной работы, создания или укрепления сети ключевых членов. Несколько проектов будут нацелены на повышение компьютерной грамотности медсестер силами ассоциаций – специалисты будут проводить занятия с медицинскими сестрами от лица организации, обучать работе с теми программами, которыми оснащаются ЛПО. Не секрет, что государственные программы компьютеризации здравоохранения пока не сопровождаются активным обучением сестринского персонала работе в новых условиях. В глубинке на оргтехнику часто смотрят как на угрозу – «компьютер идет на смену человеку». Нет, компьютер нужен, чтобы помочь медсестре работать эффективнее, чтобы высвободившееся рабочее время она могла потратить на пациента. Несколько разработанных проектов будут связаны с совершенствованием отдельных направлений медицинской помощи – созданием школы для пациенток с мастопатией, а также созданием школы для медсестер и родственников пациентов по направлению паллиативный уход. Надеемся, что по прошествии года, все участники смогут с гордостью поделиться проделанной работой и достигнутыми успехами. Все они – не просто профессионалы, но те неравнодушные специалисты, которые в прямом смысле слова служат локомотивом развития сестринского дела! Поздравим их с успешным прохождением первого учебного курса и пожелаем больших профессиональных успехов, пожелаем всем им стать через год настойчивыми и убедительными!

**По материалам
информационной службы РАМС**



ОТКРЫТОСТЬ, ДОСТУПНОСТЬ, ИНФОРМИРОВАННОСТЬ:

ПРАВЛЕНИЕ АССОЦИАЦИИ ЗНАКОМИТ ВСЕХ ЧЛЕНОВ ОРГАНИЗАЦИИ С ПРИНЯТЫМИ РЕШЕНИЯМИ

1–2 августа в Санкт-Петербурге состоялось очередное заседание Правления РАМС, жаркая дискуссия по многочисленным вопросам повестки дня полностью гармонировала с летним зноем. Не вдаваясь в описание всех рассмотренных вопросов, познакомим вас с основными решениями Правления.

Во-первых, члены Правления подвели итоги Всероссийского конкурса медсестер неонатальной службы. Имена и достижения победителей отражены в посвященной конкурсу статье этого выпуска Вестника.

Во-вторых, были подведены итоги и второго – творческого конкурса фотографий «Этика своими глазами». Здесь победителями были признаны: Силина С.В., главная медицинская сестра, Пермский краевой госпиталь ветеранов войн, г. Пермь (1 место); Горячева И.В., медсестра отделения сестринского ухода, г. Пенза (2 место) и Никитина Н.А., медсестра детского ортопедического отделения госпиталя ветеранов войн, г. Кострома (3 место). Талантливых работ оказалось немало – трогательных, ироничных, с глубоким смыслом. Одна из таких работ завоевала приз зрительских симпатий, именно она и украсила обложку текущего выпуска Вестника.

Значительное внимание члены Правления уделили обсуждению состава специализированных секций РАМС. Как вы помните, 2011 год стартовал под девизом создания в Ассоциации медицинских сестер России таких экспертных групп по различным сестринским специальностям. В течение нескольких месяцев в адрес Ассоциации поступило немало заявок от специалистов; как оказалось, деятельность в рамках секций медицинским сестрам чрезвычайно интересна, несмотря на высокую занятость и ритм профессиональной жизни. Итак, члены Правления РАМС определились с составом секций (познакомиться с экспертами можно на сайте РАМС), а также с тем, что станет первоочередной задачей сформированных подраз-

делений. 2012 год для Ассоциации знаковый – организация отметит 20-летний Юбилей. К этому событию будет приурочено проведение Всероссийского форума медицинских сестер, в подготовке которого будут задействованы все заинтересованные эксперты – члены созданных секций.

Финансовый комитет РАМС вынес в повестку дня обсуждение ситуации с перечислением членских взносов в счет Ассоциации медицинских сестер России, чему способствовал новый взгляд на положение дел ответственного за финансы вице-президента РАМС Т.А. Зориной. Мы привыкли говорить о взносах в процентном выражении. Напомним, что установленный Уставом РАМС размер взноса для члена организации составляет 1% от должностного оклада. Оплачивается он в счет региональной организации, которая должна перечислять 30% от региональных взносов в адрес национальной организации – РАМС. На деле последнее не всегда имеет место. Исходя из расчетов Татьяны Александровны, руководители ряда региональных организаций, мягко говоря, лукавят – от членов таких организаций в РАМС поступает ежемесячно один-два рубля, т.е. получается, что в свою региональную организацию члены платят по три – пять рублей, значит их должностной оклад составляет 300–500 рублей. Зарплаты в здравоохранении недостойно низкие, но таких должностных окладов просто не существует. Все прекрасно понимают – члены организации платят взносы, но руководители региональных организаций придерживают средства в регионах. Поступая так, они лишают РАМС возможностей осуществлять более масштабную работу, реализовывать те проекты, которые направлены на поддержку инициатив сестринского персонала. Сохраняя средства для себя, они продолжают пользоваться всем тем, что сегодня «оплачивают» сами члены региональных организаций, руководители которых ведут себя честно. Не скроем, в ходе анализа были выявлены и другие факты – в ряде регионов

сбор взносов в принципе не осуществлялся или не проходил регулярно, соответственно отсутствовала и какая-либо независимая от власти деятельность общественных организаций. Отметим, что максимальный размер ежемесячного взноса, поступающий от члена региональной сестринской ассоциации в адрес РАМС, составил порядка 11 рублей.

Финансовые проблемы рассматривались и с других позиций. В ряде регионов наметились негативные тенденции задержки заработной платы, по некоторым прокатилась волна сокращений. Все это имеет место на фоне декларируемых государством идей модернизации и приоритетного развития здравоохранения. Практикующие специалисты видят пропасть между тем, что мы слышим с экранов и тем, с чем сталкиваемся в реальности. Потребности общества в медицинской и сестринской помощи растут, а текущая государственная политика как будто направлена на истощение кадровых ресурсов отрасли. В результате уже сегодня крупнейшие ЛПО в ряде регионов до 70% состава сестринских кадров комплектуют за счет студентов медицинских ВУЗов, рапортуя вышестоящему руководству о том, что ситуация под контролем. Интересен и тот факт, что проблемы в отрасли усугубляются со скоростью пропорциональной приближению думских и президентских выборов. Какой общественной реакции на происходящее ждет правящая элита?

Хотим заверить всех читателей Вестника, что реакция Ассоциации обязательно последует. В адрес руководителей страны будут направлены обращения Правления РАМС, поднимающие вопросы не только оплаты труда сестринского персонала, но и нагрузок, кадрового обеспечения, высшего образования, профессиональных стандартов и многих других инициатив Ассоциации, так и не получивших в течение этих лет решения со стороны Правительства РФ.

КОМАНДНЫЙ ПОДХОД К ОБЩЕЙ ПРОБЛЕМЕ: СПЕЦИАЛИСТЫ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ОБСУДИЛИ ЗАДАЧИ РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ



■ Н.С. Швецова

Заместитель главного врача
по работе с сестринским персоналом
ГЛПУ ТО «Перинатальный центр»



1–2 марта 2011 года в городе Тюмени состоялась областная конференция «Современная перинатальная помощь с позиции командного подхода». Организатором семинара выступила Тюменская областная профессиональная сестринская ассоциация во главе с президентом Р.М. Куликовой при поддержке Департамента здравоохранения Тюменской области.

В работе семинара приняли участие около 200 специалистов города Тюмени и юга Тюменской области. Это – руководители органов управления здравоохранением, акушерско-гинекологических учреждений, представители медицинских образовательных учреждений, представители практического здравоохранения (врачи акушеры-гинекологи, неонатологи, акушерки, медицинские сестры, фельдшера скорой медицинской помощи)

Впервые в Тюменской области в одном зале были собраны представители акушерского и педиатрического сообще-

щества с высшим и средним медицинским образованием.

Открывая семинар, главные внештатные специалисты департамента здравоохранения по акушерству И.И. Кукарская и неонатологии И.В. Антонюк определили первоочередные задачи, стоящие перед акушерами и неонатологами, и назвали доказатель-

Доказательная медицина – наша новая идеология, она предполагает использование лучших результатов клинических испытаний для профилактики и выбора лечения беременных и новорожденных. Доказательная медицина сближает стандарты лечебно-диагностической практики в нашей стране с опытом западных стран, позволяет использовать в большей мере мировые научно-практические достижения

И.В. Антонюк.

ную медицину «новой идеологией» для нас, поскольку это – использование лучших результатов клинических испытаний для профилактики и выбора лечения беременных и новорожденных.

Вниманию слушателей были представлены 11 докладов, проведены мастер-классы по сердечно-легочной реанимации взрослым и новорожденным с использованием манекенов тренажеров.

Формат семинара позволил не только получить новую информацию, поучаствовать в дискуссии, но и возможность ощутить работу в команде, обменяться опытом.

В результате дискуссии были выработаны следующие предложения:

1. О необходимости проведения дополнительной проверки знаний по вопросам оказания сердечно-легочной реанимации взрослым и новорожденным в рамках квалификационного экзамена при прохождении курса усовершенствования по всем специальностям с высшим и средним образованием с выдачей удостоверения по результатам экзамена.

2. Ходатайствовать перед администрацией Департамента здравоохранения Тюменской области о создании на базе ГЛПУ ТО «Перинатальный центр» учебного центра с оборудованием манекенами-тренажерами по акушерским и неонатальным технологиям для систематической подготовки специалистов принципам оказания сердечно-легочной реанимации новорожденным (приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 409 от 01.06.2010г. «Об утверждении Порядка оказания неона-



тологической медицинской помощи») и взрослым.

3. С целью повышения качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным руководителям ЛПУ рекомендовать:

- приобретение манекенов-тренажеров для проведения текущих тренингов по сердечно-легочной реанимации с персоналом учреждения и зачетных занятий не реже 2 раз в год;

- укомплектовать реанимационные залы отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных, посты интенсивной терапии, индивидуальные родовые залы, операционные залы, посты медицинских сестер отделений «Мать и дитя» наборами для первичной реанимации новорожденных (состав: мешок АМБУ, кислородные маски – 2 шт. разных размеров, кислородный шланг и резервуар);

- на этапе женской консультации, родильного дома организовать предоставление соответствующих знаний и информации для родителей о беременности, родах и материнстве (оформление информационных папок, доступных для каждой пациентки и ее родственников);

- внедрить в работу семейно-ориентированные перинатальные технологии.

4. Главным врачам скорой и неотложной помощи:

- внедрить протокол оказания помощи новорожденным при домашних и дорожных родах;

- с целью сохранения тепловой цепи, для новорожденного, рожденного при домашних и дорожных родах, оснастить машины скорой помощи одеялами с подогревом Warm Touch (как альтернатива использование полиэтиленовых мешков).

5. С целью профилактики возникновения внутрибольничной инфекции ввести в план мероприятий ЛПУ:

- проведение медицинских манипуляций по алгоритмам;

- проведение систематических учебных занятий с персоналом по обработке рук;

- контроль использования стерильной ветоши при проведении всех видов уборок в родовспомогательных учреждениях.

Широкий спектр обсуждаемых на семинаре вопросов, несомненно, является значительным вкладом в повышение квалификации акушеров-гинекологов, неонатологов, акушеров, медицинских сестер и других специалистов, работающих в области охраны здоровья женщин и детей.

Данное мероприятие явилось первым шагом к новой организации оказания медицинской помощи с «командным» подходом.

СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

☑ **Родовспоможение ориентированное на участие семьи:**

- ✓ мать, младенец и медработники – члены одной команды;
- ✓ участие отца (других членов семьи) в родах;
- ✓ роды от начала и до конца проводить в одном помещении;
- ✓ уход за матерью и ребенком осуществлять в одной палате;
- ✓ использовать домашнее чистое постельное, нательное белье, одежду для новорожденного.

☑ **Уход за беременной, роженицей, родильницей и новорожденным должен:**

- ✓ основываться на использовании надлежащих доказательных технологий;
- ✓ обеспечивать регионализацию помощи матери и ребенку;
- ✓ ориентироваться на интересы семьи;
- ✓ соответствовать культурным традициям женщин;
- ✓ вовлекать женщин в процесс принятия решения.

☑ **В работе использовать современные методы, эффективные технологии ведения беременности, родов и послеродового периода:**

- ✓ рациональное использование лекарственных средств;
- ✓ обеспечение эффективной реанимации в родовой зале новорожденному рожденному в асфиксии;
- ✓ проведение профилактических мероприятий по предупреждению гипотермии новорожденного с соблюдением этапов тепловой цепи;
- ✓ внедрение в работу листов наблюдения за новорожденным в родильном зале, в палате послеродового пребывания;
- ✓ неукоснительное следование политике грудного вскармливания;
- ✓ организация наблюдения за новорожденными, родившимися с экстремально низкой массой тела (в кабинете катамнеза перинатального центра);

☑ **Отказаться от ненужных, а порой и вредных вмешательств, таких как:**

- ✓ рутинная катетеризация мочевого пузыря родильницы;
- ✓ выкладывание льда на низ живота родильницы;
- ✓ клизма (допустима по желанию женщины);
- ✓ бритье промежности (допустима по желанию женщины);
- ✓ неоправданная эпизиотомия;
- ✓ нерациональное использование антибиотиков;
- ✓ рутинное отсасывание слизи из носа и рта новорожденного;
- ✓ рутинное промывание желудка новорожденного;
- ✓ накладывание марлевой салфетки на пупочный остаток;
- ✓ отделение пупочного остатка острым методом.

Врачебное назначение или требование пациента – дилемма медицинской сестры



■ Д-р Николас Дж. Коклер,

Ведущий специалист по этике,
Центра медицинской этики Клиники
Провиденс Портланд,
Орегон, США

Клиническая ситуация: Мальчик 1,5 лет, госпитализирован в стационар с мамой. Врач, осмотрев больного, назначила лечение. После очередных процедур, которые выполняла медицинская сестра, мать ребенка спросила, какие лекарственные препараты она вводит. Медсестра ответила: супрастин и пипольфен. Мать ребенка заметила, что эти препараты из одной группы, и не разрешила делать инъекции двух препаратов. Медсестра в грубой форме высказала матери ребенка, что не ей решать, какое лечение проводить, и далее настаивала на проведении процедуры.

При анализе данной клинической ситуации необходимо рассмотреть целый ряд этических вопросов. Исходя из представленной ситуации, мы не можем судить о причинах госпитализации маленького пациента, которому назначены два противоаллергенных препарата – супрастин и пипольфен. (Отметим, хотя к сути вопроса это и не относится, что данные лекарственные средства не имеют распространения на рынке медицинских препаратов в США, в то время как в Грузии, Венгрии, Литве, Латвии и России они используются).

Итак, врач назначил данные медикаменты, а медицинская сестра предприняла попытку выполнить назначение. Тем не менее, мать ребенка, узнав о том, какие лекарства назначены, о том, что оба относятся к одной категории препаратов, воспрепятствовала медицинской сестре в выполнении инъекции. Здесь возникает несколько этических рисков.

Во-первых, мать вмешивается в лечебный процесс. Её беспокойство о пациенте совершенно обосновано, тем не менее, ее роль – это роль матери и защитника интересов ребенка, но не роль медицинского работника. По крайней мере, сведений о том, что она имеет сестринское или врачебное образование у нас нет. Даже если бы это и было так, в имеющейся ситуации она не медицинский работник, а мать пациента. Во множестве ситуаций подобное смешение ролей не порождает особых проблем, но возможны и отклонения, влекущие порой серьезный риск для состояния здоровья больных.

Во-вторых, вмешательство матери ставит медицинскую сестру перед дилеммой, выступает препятствием для выполнения профессиональных обязанностей. Отчасти эта проблема обусловлена разницей ролей, которые выполняют в лечебном процессе медицинская сестра и врач. Медсестру могут беспокоить последствия для ее взаимоотношений с лечащим врачом в том случае, если его назначение не будет выполнено. Медсестра находится в стрессовой ситуации, в буквальном смысле между двух огней – матерью пациента и его врачом.

В ответ на вмешательство матери медицинская сестра в грубой форме заявляет, что не ее дело решать, когда и каким образом лечить пациента. И далее настаивает на инъекции двух препаратов. И мы сталкиваемся уже с третьей этической проблемой. Во-первых, грубая реакция медсестры ставит под удар профессиональные взаимоотно-

шения между медицинским работником и пациентом, что впоследствии станет преградой для совместных усилий сторон во благо мальчика. Во-вторых, абсолютное невнимание к беспокойству родственников может привести впоследствии к развитию привычки и невниманию к реальным беспокойствам пациентов, касающихся их безопасности.

Правильным вариантом действий в данном случае могло бы стать проявление внимания к беспокойству матери и контрольная консультация с врачом по поводу сделанного назначения. Поступив так, медсестра осуществила бы на практике свою роль по защите интересов пациента. Более того, она могла бы далее вежливо сообщить матери пациента о результатах консультации, о том, что назначение осталось в силе. Если бы беспокойство матери о здоровье ребенка не исчезло и после этого, профессиональным действием медсестры мог бы стать совет матери обратиться к заведующему отделением или вышестоящему руководству для уточнения данного назначения. Профессиональное разбирательство позволило бы определить, правильно ли было сделано назначение. Для разрешения подобных ситуаций необходимо предоставлять родственникам пациентов возможность воспользоваться легитимным правом голоса в защиту родственника, в то же время, не подрывая профессиональную репутацию медицинской сестры и врача.



Подведены итоги профессионального конкурса медицинских сестер неонатальной службы

Участие в Российском конкурсе приняли 17 медицинских сестер из Волгоградской, Кемеровской, Ленинградской, Курской, Ульяновской, Омской, Самарской областей, Ал-

тайского и Забайкальского краев, Республик Башкортостан, Удмуртия, Марий Эл и Чувашия. Каждой удалось по-новому осветить задачи неонатальной медсестры, продемонстрировать глубокий

профессионализм и интерес к своему делу. Решение членам жюри далось нелегко – разрыв между 2 и 3 местом оказался минимальным – всего 0,2 балла. Итак, представляем вам победителей!

I место: Мехова Татьяна Александровна – ст. медсестра отделения новорожденных БУЗО «Областная клиническая больница» г. Омск, 21,4 балла;

Татьяна Александровна инициировала активное вовлечение персонала отделения новорожденных Омской областной клинической больницы в реализацию проекта «Мать и дитя» – были спланированы и проведены циклы обучения, усовершенствованы принципы организации труда сестринского персонала, введены современные формы сестринской документации, разработаны отличные информационные пособия для рожениц. В работу отделения новорожденных внедрены новые технологии: выполнение процедур новорожденному непосредственно в палате в присутствии мамы; политика «чистых рук»; свободный доступ членов семьи к родильнице и новорожденному; 10 принципов успешного грудного вскармливания; методика раннего прикладывания ребенка к груди; режим совместного пребывания



матери и ребенка. Все это выполнялось коллективом с большим энтузиазмом ради улучшения условий пребывания матери и ребенка, формирования среды, содействующей грудному вскармливанию новорожденных. В результате – отделение преобразилось. Сегодня сестринский персонал не только окружает мам и малышей забо-

той и теплом – интенсивно идут занятия по уходу за новорожденными, за короткий срок пребывания в стационаре женщины приобретают важнейшие навыки материнства. Достижения сестринского персонала сыграли ведущую роль в присвоении отделению звания «Больницы доброжелательного отношения к ребенку».

II место – Гребенщикова Ольга Владимировна- главная медицинская сестра МУЗ ДГБ № 5 г. Кемерово, 20,4 балла

С целью создания оптимальных условий для недоношенных детей, находящихся в критическом состоянии, по инициативе Ольги Владимировны в ОРИТН ДГБ № 5 Кемеровской области был введен охранительный режим: ограничены световые, звуковые и тактильные воздействия на пациентов, что потребовало изменения режима работы отделения и поведения персонала, освоения навыков работы с современными моделями инкубаторов, мониторов, дозирующей техники, расходных материалов. Внедрена технология выхаживания в «искусственном гнезде», затенение инкубатора, глаз ре-



бенка, ограничение громкой речи, отключение звуковых сигналов, ограничение осмотров и проведения про-

цедур. Из имеющихся палатных медицинских сестер было организовано 2 круглосуточных поста процедурных

медицинских сестер, которые выполняют все парентеральные инфузии, забор крови, уход за периферическими и центральными катетерами и т. д., что позволило снизить риск инфицирования детей. В функциональные обязанности палатных сестер входит только осуществление ухода: кормление, са-

нация, мониторинг жизненно важных функций.

Организация работы процедурного кабинета привела к снижению количества инвазивных манипуляций, были разработаны и внедрены алгоритмы действий для каждой манипуляции, техника постановки силиконовых ли-

ний путем венепункции (эта манипуляция менее травматична для ребенка и снижает вероятность осложнений), что привело к улучшению культуры обслуживания и ведения новорожденных, находящихся в критическом состоянии.

III место – Делова Татьяна Алексеевна – медицинская сестра МУЗ ГКПЦ г. Курск, 20,2 балла

Отработав в ОРИТ 8 лет, Татьяна Алексеевна убедилась в том, что матери малышей, родившихся раньше срока, имеющих разного рода патологии, сниженную массу тела, сталкиваются с большими трудностями в осуществлении ухода за новорожденными. Опыт работы в отделении, опыт взаимодействия с матерями, наличие у них потребностей в знаниях и поддержке подтолкнули ее к созданию Школы «Психологической поддержки и обучения навыкам по уходу за новорожденными с отягощённым адаптационным периодом» – чтобы донести доступную информацию о болезнях новорожденных детей и возможных осложнениях, а так же дать советы по уходу за новорожденными.

«Индивидуальный подход – залог успешного и плодотворного контакта нашего коллектива и матери (родителей ребенка). Во время беседы мы проявля-

Было также принято решение о вручении поощрительного приза за разработку методического пособия **Якушевой Елене Александровне – медицинской сестре отд. Новорожденных ГКБ № 1 г. Ульяновска.**

Пациентами отделения являются дети с перинатальной патологией нервной системы, пневмониями, гемолитической болезнью новорожденных и другими желтухами, геморрагической болезнью, врожденными пороками развития и прочее. Нарушение взаимодействия с наиболее близким человеком является для младенца сенсорным дефицитом и риском нарушения психического здоровья. В процессе реабилитации новорожденных группы высокого неврологического риска на первый план выходят медицинские мероприятия. Однако родители имеют возможность содействовать более высокому уровню дальнейшего раз-



ем сочувствие, сопереживание, стараемся понять образовательный и социальный уровень женщины; ее страхи, волнения и переживания за ребенка; даем советы на уровне ее понимания.

вития младенца через изменение и построение своего поведения.

Для того, чтобы более эффективно помогать матерям в установлении тесного контакта с малышами, Еленой Александровной была создана

Важно завоевать доверие родителей, установить психологический контакт, который должен продлиться на время всего пребывания ребенка в нашем отделении», убеждена Татьяна Алексеевна.

«Школа взаимодействия матери и ребенка», разработано методическое пособие, освещающее этапы развития малыша, вопросы ухода, занятий лечебной физкультурой и развивающими играми.





ОСТАНОВИТЬ ТУБЕРКУЛЕЗ

МЕДСЕСТРЫ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) ИССЛЕДОВАЛИ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА УРОВНЕ ПОСЕЛЕНИЯ



Обутова А.И.

Зам. главного врача по управлению сестринской деятельностью ГУ «Научно-практический центр «Фтизиатрия», г. Якутск



Дегтярева М.С.

фельдшер ФП, пос. Хомустах Республики Саха (Якутия)

На рубеже веков Российская Федерация претерпевает глубокие социально-экономические и политические изменения. В настоящее время Российская система здравоохранения столкнулась с новыми угрозами в области туберкулеза, такими как распространение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) и сочетанным заболеванием туберкулеза и ВИЧ-инфекции. В 2009 г. в мире заболело туберкулезом чуть меньше 10 млн чел., умерло – 1,8 млн.

Заболеваемость туберкулезом в Республике Саха (Якутия) составила 68,2 на 100 тыс. населения в 2010 г., что существенно не отличается от среднефедеративных данных. В абсолютных показателях заболело туберкулезом 648 человек при населении республики 952 тыс. Умерло в этот период времени 53 пациента, что составило 5,6 на 100 тыс. населения. Данный показатель является одним из самых низких среди всех террито-

рий Российской Федерации (показатель по РФ 16,5).

В связи с этим, мероприятия по предупреждению распространения туберкулеза составляют одно из приоритетных направлений деятельности здравоохранения. На федеральном и региональном уровнях приняты основные нормативно правовые акты по предупреждению распространения туберкулеза, в Программе государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи. Одним из основных противотуберкулезных мероприятий является профилактика туберкулеза путем проведения дезинфекций в очагах туберкулезной инфекции. Текущая дезинфекция возлагается непосредственно на работников противотуберкулезных учреждений, заключительная – на Роспотребнадзор на возмездной основе, причем за счет средств бюджета муниципальных образований.

Следует отметить, что различные дезинфектанты в разной степени угне-

тают рост как музейных, так и клинических штаммов микобактерий туберкулеза (МБТ).

С целью обобщения опыта и повышения эффективности проведения противотуберкулезных дезинфекционных мероприятий, в одном из поселений Республики Саха (Якутия) – наслеге – было проведено исследование. Данная работа осуществлялась в период 2009–2010гг.

Наслег Хомустах располагается в 15 км. от районного центра, с ним установлено круглогодичное автомобильное сообщение. В наслеге в 83 дворах проживает 245 человек, в том числе детского населения – 73–62 ребенка. В наслеге присутствует вся административная и социальная инфраструктура, необходимая для полноценной жизни населения сельскохозяйственного района. Также в наслеге имеется фельдшерский пункт (ФП), районный детский туберкулезный санаторий на 20 коек круглосуточного пребывания. Этот поселок был выбран по 3 критериям: 1) здесь располагается детский туберкулезный санаторий, вызывавший настороженность жителей в отношении возможности заболевания туберкулезом своих родных и близких родственников; 2) имеется круглогодичная транспортная схема (не во всех наслегах республики имеется такая возможность); 3) является наиболее типичным среди сельскохозяйственных наслегов.

Эффективность проводимых дезинфекционных мероприятий оценивалась наличием больных туберкулезом, уровнем инфицированности детского населения.



Всеми дезинфекционными мероприятиями руководила фельдшер ФАП. Проведение противотуберкулезных мероприятий состояло из 3-х этапов: административного, непосредственно проведения дезинфекции и профилактического медицинского осмотра.

Административный этап

В муниципальных наслегах достаточно много проблем, от решения которых зависит жизнеспособность поселения на предстоящую тяжелую зиму, – включая состояние материально-технической базы, подготовку кормов для крупного рогатого скота, заготовку дров на зиму и даже питьевой воды (заготовки льда, ледников и др). И, как правило, многие вопросы, связанные со здоровьем населения, являются прерогативой работников здравоохранения. В этом поселке работает всего 1 фельдшер, который физически в одиночку не может выполнить такой большой объем работы. Вместе с тем, при обсуждении вопроса о возможности

реализации проекта, фельдшер наслега поддержала эту инициативу; далее работа была рассмотрена с привлечением лидеров наслега, которые выдвинули обсуждение этого вопроса на уровне главы наслега.

Согласие главы наслега символизирует для жителей, что этот вопрос является очень важным, задействуются административные ресурсы: всеобщий контроль прохождения профилактических медицинских осмотров, при необходимости транспортировки больных в районный центр для дообследования выделяется автотранспорт.

Данный проект по тотальной дезинфекции помещений частного сектора и административных зданий является пилотным, единственным в республике. И возможность «очистить» наслег от туберкулеза, тем самым уберечь своих детей, внуков от этого заболевания для населения явилась хорошим стимулом.

На уровне актива администрации – главы наслега – было принято решение сделать наслег свободным от туберкулеза. Затем это решение было ратифицировано на общем собрании наслега.

Выполнение проекта

Дезинфекционные мероприятия проводились современными эффективными дезинфектантами (Славин, Декабрист). Обработке подвергались абсолютно все дворы и административные и социальные объекты, а также места публичных посещений: клубы, магазины, киоски, детский садик, библиотека.



Проведение медицинских профилактических осмотров состояло из нескольких обязательных мероприятий:

- все жители наслега должны пройти флюорографию;
- все детское население должно быть охвачено пробой Манту;
- выявленные больные должны пройти полноценное лечение в районном, а при необходимости и в республиканском противотуберкулезном диспансере.
- при появлении длительного кашля пациент должен пройти микроскопию мокроты на наличие кислото-устойчивых микобактерий (КУМ).

Результаты исследования.

В 2009 г. на начало исследования при проведении сплошного профилактического осмотра было выявлено 3 больных туберкулезом с открытой формой (бактериовыделители). Из 73 детей инфицирование МБТ было определено у 26 (36,0%). После направления больных туберкулезом в районный и республиканский противотуберкулезные диспансеры на лечение, были проведены дезинфекционные мероприятия. Дезинфекции подверглись все дворы наслега, все здания и помещения общей площадью 4081 м². Обработка проводилась Славином с применением пульверизатора.

В 2010 г., в течение второго года проведения активных противотуберкулезных мероприятий был выявлен 1 больной открытой формой туберкулеза. Инфицированность выявлена у 9 детей, что составило 15,0%. Сплошные дезинфекционные мероприятия были проведены дезинфектантом «Декабристом». К исходу 2 года с начала противотуберкулезных мероприятий все 3 больных туберкулезом органов дыхания находятся на лечении, в том числе 2-м выполнены хирургические вмешательства.

К концу 2011 г. актив населения ожидает, что наслег может стать свободным от туберкулеза. На текущий период времени в поселке осталось 2 больных туберкулезом органов дыхания, которые находятся на лечении в районном противотуберкулезном диспансере. Эффективность лечения этих пациентов будет рассматриваться в Центральном врачебно-консультативной комиссии (ЦВКК) в конце текущего



года. Самым важным является то, что впервые за все время существования поселка в текущем году пока ни один житель не заболел туберкулезом!

Одним из ключевых достижений данного проекта стало активное участие населения наслега. В рамках проводимых мероприятий родился лозунг: «Сосед, проконтролируй своего соседа» – т. е. контроль над проведением дезинфекционных мероприятий, профилактических осмотров осуществлялся по инициативе населения самими жителями поселения.

Заключение.

1. Для проведения масштабных дезинфекционных мероприятий необходимым условием является поддержка непосредственно самого населения и актива администрации поселения.

2. Сплошные профилактические осмотры населения являются более эффективными, чем только подлежащего, позволяют выявлять заболевания в неорганизованных группах населения.

3. Детскую инфицированность МБТ следует рассматривать как один из объективных индикаторов.

4. При правильной организации проведения противотуберкулезных мероприятий и привлечении административного ресурса можно решать задачи по освобождению жителей поселения от туберкулезной инфекции, добиваясь реализации глобальных задач за счет локальных проектов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон Республики Саха (Якутия) от 17.02.1999г. 3№ 74–11 «О защите населения Республики Саха (Якутия) от туберкулезной инфекции и оказания противотуберкулезной помощи».
2. Обутова А.И., Павлов Н. Г, Кравченко А.Ф. Оценка эффективности применения стандартных режимов дезинфекции в клинике туберкулеза//Якутский медицинский журнал.–2011.–№ 1.–С. 82–84
3. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 20.10.2005г. № 0100/8887–05–27 «О проведении дезинфекции в очагах»
4. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 26.02.2007г. № 0100/1880–07–32 «О реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи».
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2010г. № 782 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 г.».
6. Федеральный закон от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» (в ред. Федерального закона от 22.08.2004г. № 122-ФЗ).

Плигина Лариса Алексеевна



Правление АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» и многочисленные коллеги поздравляют Плигину Ларису Алексеевну с Юбилеем!

Лариса Алексеевна уже более 10 лет возглавляет АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников», является лидером сестринского движения в Алтайском крае, общественным деятелем, чья биография - это история развития сестринского дела на Алтае.

Вся жизнь Ларисы Алексеевны это пример бескорыстного служения людям. Это человек несгибаемой воли, целеустремленности и высочайшего профессионализма, заслуженный работник здравоохранения, прекрасный организатор, настойчивый в достижении поставленной цели, а еще красивая, обаятельная и просто душевная женщина, умеющая располагать к себе людей.

Лариса Алексеевна настоящий трудоголик: ради общего дела готова пожертвовать своими личными интересами, временем и даже здоровьем. Она сумела сломать стереотипы в сознании многих специалистов сестринского дела в отношении роли медицинской сестры на современном этапе, создала команду единомышленников.

Дроздова Маргарита Ивановна

Общественная организация средних медработников Ленинградской области и МУЗ «Кингисеппская ЦРБ им. П.Н. Прохорова» от всей души поздравляют лидера сестринского движения, главную медицинскую сестру больницы Дроздову Маргариту Ивановну с Юбилеем!

Свою работу в МУЗ «Кингисеппская ЦРБ им. П.Н. Прохорова» Маргарита Ивановна начала 41 год назад, из них 33 года работает в должности главной медицинской сестры. Маргарита Ивановна – заслуженный медицинский работник - умело сочетает в себе черты непревзойденного лидера, стратега и практика, что помогает ей умело проводить целенаправленную стратегию совершенствования сестринского дела. Рядом с ней – сплоченный коллектив, готовый поддержать новые начинания и новые технологии в сестринской практике. Неоднократно коллектив больницы являлся призером в конкурсах профессионального мастерства. Маргарита Ивановна, активно участвует в общественной сестринской деятельности, является членом правления ООСМР ЛО в течение 10 лет. За ее исключительное трудолюбие, организаторские способности, упорство в достижении цели она была награждена Почетным знаком РАМС «За верность профессии».

От всего сердца желаем Маргарите Ивановне крепкого здоровья, благополучия, поддержки друзей и родных, реализации всех планов и начинаний, неиссякаемой энергии, творческого подъема и больших успехов!



Пуртова Галина Михайловна

РОО «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл» поздравляет с Юбилеем главную медицинскую сестру МЛПУЗ «Городская поликлиника №4» Пуртову Галину Михайловну.

Галина Михайловна профессионал своего дела, умелый организатор, прекрасный наставник, член правления РОО «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл», председатель профессионального комитета. Ее заслуги были неоднократно отмечены, в числе самых почетных наград - звания Отличника здравоохранения, ветерана труда. За активную общественную позицию, направленную на поддержку сестринских кадров и совершенствование практики Галина Михайловна была награждена нагрудным знаком РАМС «За верность профессии».

Преданность любимому делу, коммуникабельность, умение работать с людьми - именно эти качества позволили Галине Михайловне завоевать уважение со стороны коллег и пациентов.

Желаем Галине Михайловне крепкого здоровья, счастья, мира и добра, интересных профессиональных проектов и большой удачи!



ПОДГОТОВКА И ПРОВЕДЕНИЕ УХОДА ЗА КОЖЕЙ ПАЦИЕНТА

- Соблюдать правила асептики на протяжении всей процедуры
- Осуществлять манипуляцию в перчатках после гигиенической обработки рук
- Отражать манипуляцию в листе наблюдения и в журнале передачи дежурств

МАТЕРИАЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ

СПИРТОСОДЕРЖАЩИЕ КОЖНЫЕ АНТИСЕПТИКИ

- Антисептическое средство для обработки рук персонала – спиртосодержащий кожный антисептик применяемый в ЛПО

СРЕДСТВА УХОДА ЗА КОЖЕЙ

- Моющий лосьон Меналинд профешнл (Влажные гигиенические салфетки, Очищающая пена Меналинд профешнл)
- Лосьон для тела Меналинд профешнл
- Защитный крем Меналинд профешнл
- Тонизирующая жидкость Меналинд профешнл или другие средства применяемые в ЛПО

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА УХОДА

- Кувшины
- Таз
- Полотенца
- Оборудование для придания нужного положения (валики, подушки)
- Одноразовые рукавицы для мытья Вала Клин софт и Вала Клин фильм
- Защитная простынь Вала Протект бейсик
- Одноразовое полотенце для рук персонала

РАСХОДУЕМЫЙ МАТЕРИАЛ

- Перчатки

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ

(ВЫПОЛНЯЕТ МЕДСЕСТРА)

1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры (если пациент находится в сознании). Получить у пациента согласие на предстоящую процедуру.
2. Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Надеть перчатки.

Технология выполнения простой медицинской услуги УХОД ЗА КОЖЕЙ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ПАЦИЕНТА

Код технологии А 14.01.001	Название технологии: Уход за кожей тяжелобольного пациента
1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего или высшего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело» 2) Младший медицинский персонал лечебного учреждения в присутствии среднего медицинского работника указанных выше специальностей 3) Специально обученный персонал, не имеющий медицинского образования, в присутствии среднего медицинского работника указанных выше специальностей 4) Родственники, обученные в школе правильного ухода
2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	• Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-2 помощниками. • Необходимо наличие приспособлений для подъема пациента. • До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. • До и после выполнения процедуры необходимо продезинфицировать руки спиртосодержащим кожным антисептиком • Во время процедуры использовать перчатки.
3. Условия выполнения простой медицинской услуги	• Стационарные • Амбулаторно-поликлинические • На дому
4. Функциональное назначение простой медицинской услуги	• Профилактическое
5. Материальные ресурсы	
5.1 Спиртосодержащие кожные антисептики	• Антисептическое средство для обработки рук персонала – спиртосодержащий кожный антисептик СТЕРИЛЛИУМ или другой, применяемый в ЛПО
5.2 Средства ухода за кожей	• Моющий лосьон Меналинд профешнл (Влажные гигиенические салфетки, Очищающая пена Меналинд профешнл) или другой применяемый в ЛПО • Лосьон для тела • Защитный крем • Тонизирующая жидкость
5.3 Вспомогательные средства ухода	• Кувшины • Емкости с водой (таз) • Оборудование для придания нужного положения (валики, подушки) • Полотенца • Одноразовые рукавицы для мытья Вала Клин софт и Вала Клин фильм • Защитная простынь Вала Протект бейсик или непромокаемая пленка • Одноразовое полотенце для рук персонала

6. Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги «Уход за кожей тяжелобольного пациента»**I. Подготовка к процедуре:**

1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры (если пациент находится в сознании). Получить у пациента согласие на предстоящую процедуру.
2. Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Надеть перчатки.

II. Выполнение процедуры

1. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня или максимально низкого уровня (обеспечить безопасность пациента при повороте набок)
2. Вынуть одеяло из пододеяльника, оставив последний на пациенте, стараясь не обнажать пациента, снять нижнее белье (соблюдение конфиденциальности – основа ухода)
3. Развернуть полотенце и положить поперек груди пациента
4. Налить в таз чистую теплую воду. Смочить рукавицу Вала Клин софт, отжать. Протереть лицо чистой теплой водой не добавляя моющее средство.
5. Промыть веки дальнего от Вас глаза пациента, от наружного угла к внутреннему. Вытереть веки насухо. Другой стороной рукавицы вымыть веки второго глаза. Вытереть его насухо.
6. Добавить в таз моющий лосьон в пропорции 10 мл на 1,5 л воды.
7. Ополоснуть рукавицу, отжать, протереть шею и ушные раковины. Протереть полотенцем, убедиться, что кожа за ушами сухая.
8. Откинуть пододеяльник, положить под половину тела пациента защитную простынь Вала Протект бейсик или другой, применяемый в ЛПО.
9. Ополоснуть рукавицу, отжать, протереть переднебоковую половину тела пациента в сл. порядке: шея, рука, подмышечная впадина, грудь (складки под молочной железой), живот, бедро; вытереть насухо. Нанести на кожу Лосьон для тела Меналинд профешнл до полного впитывания (складки под молочной железой смазать защитным кремом); прикрыть полотенцем.
10. Повернуть пациента на бок. Ополоснуть рукавицу, отжать, протереть заднюю половину тела в следующем порядке: шея, спина, бедро. Вытереть насухо. На спину и бедро нанести Меналинд профешнл Тонизирующую жидкость и распределить легкими массирующими движениями до полного впитывания.
11. Повернуть пациента на другой бок. Ополоснуть рукавицу, отжать, протереть заднюю половину тела в следующем порядке: шея, спина, бедро. Вытереть насухо. На спину и бедро нанести Меналинд профешнл Тонизирующую жидкость и распределить легкими массирующими движениями до полного впитывания.
12. Повернуть пациента на спину. Надеть на пациента ночную рубашку (пижаму), накрыть пациента одеялом, оставив ноги неприкрытыми.
13. Положить защитную пеленку Вала Протект бейсик или другую непромокаемую пеленку под ноги пациента. Ополоснуть рукавицу, отжать протереть ноги от колен к стопам, тщательно обработать межпальцевые промежутки.
14. Вытереть ноги, нанести легкими массирующими движениями Меналинд профешнл Лосьон для тела до полного впитывания.
15. Подстричь ногти.
16. Накрыть пациента легким одеялом, вставленным в пододеяльник.
17. Предать пациенту удобное положение согласно плану размещения в постели.

III. Окончание процедуры

1. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.
2. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положить предметы, часто необходимые пациенту, на столик.
3. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

7. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

- В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок.
- Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1–2 помощниками.

8. Достижимые результаты и их оценка

У пациента отсутствуют признаки физических травм, таких, как свежие синяки, ссадины и повреждения кожи после проведения процедуры.

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

- Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о ее цели и ходе. 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)
- Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.

11. Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги

- Коэффициент УЕТ врача – 0.
- Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,0.

12. Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги

- Отсутствует

ВСЕГДА НА БОЕВОМ ПОСТУ: МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ТРУДНОСТЕЙ НЕ БОЯТСЯ

Кулякина Елена Николаевна – молодая специалист, старшая операционная медицинская сестра, МУЗ «Центральная городская больница», г. Междуреченска Кемеровской области. Является членом Кемеровской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация медицинских сестер Кузбасса», организации Красного Креста и Красного Полумесяца.

Лидер по характеру, профессионал с исключительными организаторскими способностями, Елена Николаевна стала медицинской сестрой совсем не случайно, медицинской сестрой работает ее мама, бабушка, Любовь Михайловна Волкова – подполковник медицинской службы, а прадед Михаил Игнатьевич Тележкин был военно-полевым врачом. Наверное, на характере и выборе профессии сказалось даже то, что ее предки были связаны именно с военной медициной, потому что Елена Николаевна рассказывает, как она в детстве смотрела фильмы про войну, очень переживала за сестричек, девчонок-санинструкторов, и хотела быть, как они. Грязь, кровь, постоянная опасность не пугали, наоборот, все эти трудности как раз и вызвали желание преодолеть себя, помочь другим.

Градообразующей структурой города Междуреченска, как и многих городов нашей области, является угледобывающая промышленность. В нашем крае «Шахты» это почти как война – ни сегодня, так завтра, ни завтра, так послезавтра обязательно что-то может пойти не так, то завал, то метан.

Так и случилось. В ночь на 9 мая 2010 года на крупнейшей



угольной шахте России «Распадская», расположенной в Междуреченске Кемеровской области, произошел взрыв, предположительно, метана. Около 360 шахтеров оказались заблокированными под землей, 276 человек удалось вскоре вывести на поверхность. Спустя несколько часов в «Распадской» произошел второй взрыв, оставивший шахту без воздуха и разрушивший часть наземных построек. В результате была утрачена связь с тремя отрядами спасателей. По официальным данным, погибли 91 горняк, тела еще 16 человек до сих пор не обнаружены, они числятся

пропавшими без вести. Еще 64 человека, которых удалось достать из-под земли живыми, получили различные ранения. Они то и были доставлены в МУЗ «Центральная городская больница» города Междуреченска, где работает Елена Николаевна Кулякина, которая в числе первых сотрудников прибыла на рабочее место. Начала организовывать операционные бригады, к моменту поступления первых шахтеров все операционные были готовы к работе. Оперативная помощь оказывалась одновременно нескольким пострадавшим, как в операционных и предопера-

ционных, так и на каталках – пациентам с сочетанными, множественными травмами помощь оказывалась двумя операционными бригадами. Казалось, поток пострадавших никогда не кончится.

В течение более 20 часов Елена Николаевна оставалась на рабочем месте, организовывала слаженность и продуктивность работы операционного блока. Вся работа по оказанию помощи пострадавшим шахтерам была проведена успешно и получила хорошую оценку специалистов. В промежутках между операциями, несмотря на физическое и душевное напряжение, Елена Николаевна выходила к ожидавшим родственникам пострадавших, и своим спокойствием и верой в лучшее, находя нужные для каждого слова поддержки, вселяла в них надежду. После того, как помощь была оказана всем пострадавшим, сестры смогли впервые за сутки присесть, у всех разом полились слезы. Молча сидели и плакали... Стресс, усталость, напряжение... утешало одно, сделали всё, что могли.

У Елены Николаевны очень развито чувство ответственности и долга, глубокие знания, современный подход к организации работы, богатый практический опыт, ясное понимание своей профессиональной значимости – вот двигатели прогресса в современном мире здравоохранения.

Считаем, что её каждодневная работа, борьба за человеческие жизни и здоровье, особенно в нашей области, где «на шахте, как на шахте равнозначно тому, на войне, как на войне» являются настоящим подвигом в мирное время.



НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИСТУПИЛИ К РЕАЛИЗАЦИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ПРОЕКТОВ



■ **Бучко О.А.**, вице-президент, координатор проекта Омской профессиональной сестринской ассоциации «Исследования в сестринском деле»

В современном мире наука в сестринском деле активно развивается, и серьезное значение этому придают профессиональные сестринские Ассоциации. Многие исследователи считают, что качество сестринской помощи не может быть повышено до тех пор, пока наука не станет такой же традицией сестринского дела, как милосердие. Непрерывный исследовательский процесс, основанный на стремлении специалистов более эффективно решать проблемы, связанные с уходом за пациентами, призван стать содействовать развитию сестринской практики, способ-

ствовать и повышению качества помощи, и признанию сестринской профессии в медицинском сообществе.

Чтобы инициировать сестринские исследования, руководить ими, принимать в них участие и далее внедрять результаты в практику, медицинским сестрам необходима базовая подготовка, знания о принципах осуществления научно-исследовательской работы, методологии проведения исследований.

В ответ на столь актуальную задачу Ассоциация медицинских сестер России взяла на себя инициативу по продвижению исследовательских проектов для практикующих медицинских сестер и с 2010 года провела два обучающих семинара в Санкт-Петербурге. Для успешного проведения занятий были приглашены американские медицинские сестры-исследователи Мария Драйвер и Джанет Ларсон. Международный совет медицинских сестер имеет более чем столетний опыт проведения исследований в области сестринского дела и считает, что они должны быть социально ориентированными, выполнять прогностическую функцию и вносить весомый вклад в удовлетворение потребностей населения. Ассо-



циация медицинских сестер России дала новый импульс для создания команд по проведению многоцентровых клинических исследований в регионах.

Омская профессиональная сестринская ассоциация поддержала инициативу, и в феврале 2011 года стартовал проект «Исследования в сестринском деле», рассчитанный на 2011–2012 гг. Проект направлен на содействие внедрению в медицинскую практику научно-обоснованных принципов оказания сестринской помощи, систематизации отечественных разработок в области сестринского дела для использования их результатов на практике.

Цель проекта – улучшение качества сестринской помощи пациентам и создание научной базы сестринского дела по исследованиям для практикующих медицинских сестер Омской области.

Реализация проекта запланирована в 4 этапа:

1 этап: с января по февраль 2011 г. – подготовительный – подбор учреждений здравоохранения и команды для участия в проекте;

2 этап: с февраля по июнь 2011 г. – обучающий – подготовка и проведение трех обучающих семинаров с участниками проекта;

3 этап: с июня 2011 г. по июнь 2012 г. – исследовательский – проведение исследований для совершенствования сестринской практики;

4 этап: июль – октябрь 2012 г. – заключительный.

На первом – подготовительном этапе – подобрано 6 пилотных учреждений здравоохранения, руководители которых заинтересованы в исследовательской работе, поддерживают инициативу Омской профессиональной сестринской ассоциации. На их базах располагаются кафедры Омской государственной медицинской академии, открыты учебно-методические кабинеты по сестринскому делу – это Областная клиническая больница, Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой, Клинический медико-хирургический центр Министерства здравоохранения Омской области, Омская городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н., Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1, Отделенческая клиническая больница на ст. Омск-Пасажирский;



В данных учреждениях здравоохранения для участия в проекте отобрано по 2 медицинские сестры, средний возраст которых составляет 36 лет, практический опыт работы с пациентами и стаж работы по специальности в среднем – 15 лет, имеющие повышенный уровень, высшее сестринское образование, квалификационные категории, навыки работы с компьютером, с различными программами.

Кураторами пилотных проектов определены руководители сестринского персонала учреждений здравоохранения: Т.Ф. Моисеева, Е.П. Гирфанова, Н.Ф. Мейер, С.Ф. Дацюк, Н.В. Коваленко, Т.В. Земнухова. Координатором проекта ОПСА «Исследования в сестринском деле» назначена О.А. Бучко, вице-президент Ассоциации. Консультантом проекта является Светлана Сергеевна Бунова, д. м. н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, руководитель производственной практики Омской государственной медицинской академии.

На втором этапе проведено 3 семинара, направленных на обучение медицинских сестер исследованиям. Программы предусматривали интенсивное обучение методам проведения исследований, работу с источниками информации, выбор тематики, сбор и анализ данных, интерпретацию выводов, практическое применение полученных результатов.

Для подготовки и проведения семинаров применялись материалы международных семинаров «Исследования в сестринском деле» и опыт российских медицинских сестер в исследованиях. К занятиям были привлечены научные сотрудники кафедры Омской го-

сударственной медицинской академии. В ходе семинаров применялись различные учебные методики, включая презентации, ознакомление с печатными материалами, работа в малых группах.

Получив определенные знания, каждая участница проекта осуществила подбор команды для исследования и сформулировала индивидуальный исследовательский вопрос. Медицинские сестры-исследователи разработали 12 тем для исследования и приступили к их реализации на рабочих местах.

Направления сестринских исследований в проекте

В целом, нами ставилась задача проведения исследований, ориентированных на совершенствование помощи пациентам, включая такие направления, как:

- **уменьшение болевого синдрома** в работах: Е.Е. Поповой «Болевой синдром у пациентов после холецистэктомии. Снижение уровня боли»; И.Б. Шлегель «Влияние характера и режима питания, количества принимаемой жидкости, выполнения физических упражнений на моторику кишечника у пациентов с гастроэнтерологической патологией. Нормализация моторики кишечника»; А.А. Смирновой «Болевой синдром у пострадавших в результате острых отравлений прижигающими ядами. Снижение болевого синдрома»; Т.Н. Бочкаревой «Болевой синдром у пациентов с ожоговой травмой. Контроль боли».

- **уход за пациентами:** это направление вызывает много вопросов, участниками проекта будут проведены исследо-



вания и в этой области: М.А. Клименок «Трансформация ухода за пациентами, перенесшими ампутацию нижних конечностей. Контроль физического состояния»; Т.Ф. Димакова «Уменьшение осложнений в раннем послеоперационном периоде у пациентов с заболеваниями (травмами) позвоночника»; А.А. Секисова «Обучение пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника самоуходу в послеоперационном периоде».

Вопросами психологии **заинтересовались:** И.С. Зиновьева «Предвидение и выявление признаков суицидальных состояний у пациентов, страдающих психическими расстройствами»; О.А. Парыгина «Предупреждение агрессии у пациентов с алкогольными психозами, с целью уменьшения насилия над медицинскими работниками»; Е.С. Приезжева «Высокий уровень эмоциональных расстройств в отделении реанимации и интенсивной терапии. Снижение уровня эмоциональных расстройств медицинского персонала»; И.Ж. Каримова «Влияние тревоги на степень болевого синдрома у пациентов с острым инфарктом миокарда. Снижение частоты возникновения приступов»; О.А. Скокова «Влияние тревоги на уровень страха перед болью у пациентов с ишемической болезнью сердца».

3 этап – исследовательский – начат в учреждениях здравоохранения с 11 июня 2011 года и продлится до 31 января 2012 года. Предварительная защита проектов состоится в феврале 2012 года. Мы надеемся, что участники проекта успешно проведут исследования, выводы которых впоследствии

отразятся на каждом этапе сестринского ухода или выполнения простых медицинских услуг, помогая медицинским сестрам принимать более обоснованные решения.

На четвертом – заключительном этапе – 11 июня 2012 года участники проекта представят сестринские исследования к защите. Подготовят материалы по проведенным исследованиям в сестринском деле для издания. Примут участие в конкурсе на «Лучшую исследовательскую работу» и подготовят статьи для публикации в журнале «Вестник РАМС». Состоит научно-практическая конференция, посвященная итогам проекта ОПСА «Исследования в сестринском деле», для участия в которой мы обязательно пригласим авторитетных исследователей, специалистов из России и других стран.

В октябре 2012 года на всероссийском форуме в Санкт-Петербурге на секции «Исследования в сестринском деле» мы планируем представить лучшие исследования, проведенные омскими медицинскими сестрами.

Исследования в сестринском деле чрезвычайно важны для изменения статуса сестринской профессии. Способность оказывать помощь, опираясь на научные данные, будет сама по себе говорить пациентам, их родственникам, врачам о том, что сестринское дело является наукой. Используя исследования, медицинские сестры достигнут признания, как специалисты, достойные самого глубокого уважения. Научный подход к работе продемонстрирует обществу стремление профессионалов к ее совершенствованию во благо пациентов.



ЛЮДИ, ГОРОД И ЦВЕТУЩИЕ КАШТАНЫ....

В МАЕ МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ РОССИИ СТАЛИ УЧАСТНИКАМИ КОНФЕРЕНЦИИ В ЛИТВЕ



■ **Тюпакова О.Ю.**

Палатная медсестра ОРИТ № 1, ЛОКБ

20–21 мая в городе Вильнюсе состоялась

международная сестринская конференция на тему «Наука и практика сестринского дела». Надо отметить, что литовские коллеги из Ассоциации Медицинских Сестер Анестезиологии и Интенсивной терапии заблаговременно связались с руководством РАМС и пригласили принять участие в своем мероприятии. В качестве делегатов были выбраны Балякина Светлана – старшая сестра ОРИТ Центральной Гатчинской Клинической Больницы и Тюпакова Ольга – палатная медицинская сестра ОРИТ № 1 ГУЗ ЛОКБ.

«Вы первые ласточки и Ваша миссия познакомиться с зарубежным опытом и рассказать о нас, о деятельности РАМС» сказала нам в напутствие президент Ассоциации Валентина Антоновна. Мы были готовы и все-таки... ехали со смешанным чувством, волновались. И для



меня, и для Светланы это была первая в жизни поездка в Европу; впервые нам предстояло поделить опытом своей работы с коллегами, работающими по европейским стандартам.

19 мая в Вильнюсе нас встретили президент Ассоциации Медицинских Сестер Анестезии и Интенсивной терапии Литвы Вера Герасимчук-Пулько и старшая медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии больницы Santariškių klinikos. С первых минут общения возникло чувство, что мы приехали к старым добрым друзьям и здесь нам, совершенно точно, рады. Все волнения и переживания остались позади, и мы окунулись в атмосферу теплого дружеского общения.

В этот же день мы смогли побывать в Santariškių klinikos – главной клинике страны. Ремонт, оборудование и осна-

щение клиники финансируются из Федерального бюджета при помощи Евросоюза; внимание на себя обратили очень многие детали организации работы этого учреждения. Мы посетили четыре реанимации: детскую, которая развернута на 9 коек; кардиологическую – 24 койки, кардиохирургическую – 22 койки и реанимацию общего хирургического профиля, которая развернута на 15 коек (несколько из них заняты для пациентов после трансплантации органов). Оснащение рабочего места медицинской сестры и койки пациента отвечает всем европейским стандартам и требованиям. Каждая койка оснащена всем необходимым для жизнеобеспечения и лечения реанимационного пациента, и, не менее важно, что площадь, занимаемая койкой, и пространство вокруг нее



оставляет место для маневра медицинского персонала. Мониторинг гемодинамики пациента в режиме реального времени медицинские сестры могут наблюдать со своего поста, расположенного отдельно. В Santariškių klinikos функционирует отделение боли. Используются всевозможные методики. Главная задача этого отделения избавить пациента от боли.

Мы увидели много нового и, несомненно, интересного, но главное – это люди. Везде мы встречали понимание, дружелюбие и желание ответить на все наши вопросы, которых было, поверьте, немало.

На следующий день состоялась научно-практическая конференция, организаторами которой выступили: Факультет реабилитационной, спортивной и детской медицины Вильнюсского Университета; Литовское общество университетских медсестер, Ассоциация медицинских сестер анестезиологии и интенсивной терапии, Вильнюсская университетская больница Santariškių klinikos.

Конференция носила международный характер. В ходе заседания по-

мимо Литовских медицинских сестер и врачей выступили специалисты из Латвии, Кипра и России. Темы освещались самые разные – от образования и исследовательской деятельности сестер и политики развития сестринского дела в Литве, до специализированных вопросов, таких как система классификации пациентов в педиатрической практике, оценка качества жизни пациентов с острым инфарктом миокарда, безопасная инфузионная терапия.

После выступления с Российской стороны участники задали массу вопросов по обучению, штатному расписанию, стандартизации и другим аспектам профессиональной деятельности медсестер в России, возникли предложения о развитии сотрудничества между Литвой, Россией, Кипром и Латвией.

А вечером мы отправились гулять в старый город. Восхищение! Вот, наверное, то слово, которым можно описать наши чувства. Надо сказать, что нам повезло приехать в город в сезон цветения. Сирень, черемуха, уличные клумбы, декоративные цветы – цветет все. Но наибольшее потрясение вызывает огромное количество цветущих

каштанов. Вековые деревья, такие же большие как наши тополя, снизу доверху усыпаны белыми и розовыми свечами.

Вильнюс навсегда запомнится нам как теплый, цветущий и уютный город. Будут вспоминаться люди, принявшие нас, как дорогих гостей; литовские и латвийские коллеги с их дружелюбием, оптимизмом и верой в лучшее! Мы от всей души благодарим нашу Российскую Ассоциацию, ее руководителя за организацию поездки и Ассоциацию медсестер анестезиологии и интенсивной терапии Литвы, Веру Герасимчук-Пулько за безграничное гостеприимство, за бесценную возможность открыть для себя новые знания и встретить новых друзей!

Надеемся, что свою миссию – «стать первыми ласточками» – мы выполнили! Уже в конце мая с дружественным визитом к нам приехали медицинские сестры из Литвы. Мы убеждены, что такое общение необходимо развивать, вовлекая в него все большее число медицинских сестер и открывая дорогу важным переменам в наших учреждениях!

ВИЛЬНЮС – САНКТ-ПЕТЕРБУРГ: СОСТОЯЛСЯ ОТВЕТНЫЙ ВИЗИТ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ АССОЦИАЦИИ МЕДСЕСТЕР АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В РОССИЮ



■ Герасимчик-Пулько Вера Владимировна

Президент Ассоциации медсестер анестезиологии и интенсивной терапии Литвы

Уважаемые коллеги, передаем вам теплый привет из Литвы!

В мае этого года мы провели Международную конференцию, пригласили специалистов из нескольких стран и были особенно рады тому,

что на наше приглашение откликнулись и коллеги из России. Сотрудничество с коллегами в рамках Европейского Союза у нас развивается давно, но мы считаем, что интересным и плодотворным может стать взаимодействие и с нашими коллегами в России. Итак, в мае Балякина Светлана Александровна и Тюпакова Ольга Юрьевна прибыли в Литву в качестве делегатов Российской Ассоциации медсестер, рассказали участникам о том, как работает Ассоциация, какие шаги предпринимаются общественной организацией для решения проблем, с которыми на практике сталкиваются медицинские сестры отделений анестезиологии и реаниматологии.

Большой интерес у Литовских медсестер вызвала информация о том, как

организована работа в Ленинградской областной клинической больнице. В результате было принято решение – посетить Россию с ответным визитом, в реализации которого нам помогла Ассоциация медсестер России. Мы искренне благодарны Ассоциации, руководству ЛОКБ, главной медсестре Татьяне Васильевне Глазковой и Ольге Юрьевне за теплый и радушный прием медицинских сестер из Вильнюсской университетской клинической больницы Сантаришко: Кристины Дзятловской, Анджелы Мисюро, Дианы Кузьминой и Анджелы Зинкевичь.

Наши коллеги были очень рады возможности посетить Ленинградскую областную клиническую больницу, остались в восторге от экскурсии по клинике. Они особенно подчеркнули, что в



■ **Дзятловская Кристина
Леонардовна**

Ассоциация медсестер анестезиологии и интенсивной терапии Литвы

Дзятловская Кристина Леонардовна поделилась с нами впечатлениями от увиденного: «Ленинградская областная клиническая больница – это как мини город, включающий огромную клинику, поликлинику, аптеку и множество разных кабинетов. Мы посетили пять отделений, пообщались с персоналом больницы. Хотя в этой больнице мы были впервые, совсем не чувствовали себя чужими. Нас очень хорошо и тепло приняли». Поскольку вся литовская делегация – медсестры анестезиологии и интенсивной терапии, работа отделений этого профиля вызвала наибольший интерес.

«Специалисты из Ленинградской областной клинической больницы действительно очень интенсивно трудятся. К сожалению, очень много больных, мало медсестер и очень мало младших медсестер, что делает работу сестринского персонала трудоемкой и изматывающей. Впечатлило то, что наши российские коллеги очень поддерживают друг друга и оптимистично настроены на будущее. В больнице проводится реконструкция, вскоре все помещения

будут отремонтированы, чего с нетерпением ждут все сотрудники ОРИТ» – рассказывала Кристина Леонардовна.

Ничего не стоит на месте и все меняется к лучшему. Прогресс в медицине неизбежен. Когда-то и мы мечтали о том, что у нас все в больнице будет соответствовать европейским стандартам. Эти времена настали. Теперь мы радуемся хорошим условиям работы и новой аппаратуре. Медсестры Литвы активно повышают свою квалификацию, а в отделении реанимации и интенсивной терапии Клиники Вильнюсского университета Сантаришкес с каждым годом прибавляется все больше молодых специалистов, что очень радует. Но, несмотря на хорошие условия работы, нам тоже хотелось бы, чтобы нагрузка на работе уменьшилась, а заработная плата за наш нелегкий труд увеличилась. И мы тоже часто сталкиваемся с дефицитом среднего и младшего персонала. За последние годы многие из наших специалистов уехали за границу. Туда их влекут высокая по нашим меркам заработная плата и отличные условия работы. Для системы здравоохранения нашей маленькой страны это серьезная проблема.

Несмотря на некоторые трудности и проблемы в профессиональной деятельности, основными целями нашей организации остаются: стремление к улучшению качества услуг и обновление знаний медицинских сестер, а также обмен опытом с коллегами внутри нашей страны и на международном уровне. Мы очень рады сотрудничеству с РАМС, будем развивать его в дальнейшем, и обмениваться опытом с нашими российскими коллегами.



Главная медсестра Ленинградской областной клинической больницы Глазкова Татьяна Васильевна Рассказывает коллегам из Литвы об отделении ЛОР

НОВОСТИ КОРОТКОЙ СТРОКОЙ

ПРОСТЫЕ РЕШЕНИЯ СЛОЖНЫХ ПРОБЛЕМ

В ряде американских штатов пациентам хосписов доступно лечение марихуаной

Наркотики поставлены вне закона, в том числе и марихуана. Тем не менее, в ряде американских штатов законодательно разрешили применение марихуаны в лечебных целях. Это наркотическое вещество помогает пациентам с хронической болью, подавляет многочисленные тяжелые симптомы неизлечимых заболеваний. Стоимость медикаментов, искусственно воспроизводящих лекарственные свойства растения, исключительно высока, в то время как марихуана является дешевым и эффективным средством, утверждают защитники этой идеи. Более того, применение медикаментов нередко вызывает серьезные побочные эффекты, от которых следует избавить пациентов с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями. Сегодня рецепт на марихуану могут получить пациенты в штатах Калифорния, Аляска, Гавайи, Мичиган, Мэйн, Иллинойс, Нью Джерси и ряде других. Марихуана в этих штатах либо разрешена к применению в медицинских целях, либо применение марихуаны выведено за рамки уголовного права и преследования. Но есть у этой идеи и противники, которые утверждают, что применение марихуаны – первый шаг к приобретению наркотической зависимости, что далее последуют другие, более тяжелые наркотики.

Поэтому, пациентам, применяющим данный препарат, пересекать границы своего региона не рекомендуется – в случае обнаружения наркотика наличие рецепта не поможет, в штате, не узаконившем марихуану, судебное разбирательство и тюремное заключение будут гарантированы. Информацией о медицинском использовании марихуаны в США с нами поделилась Евелин Крамер, клинический инструктор и консультант по организации паллиативной помощи, штат Индиана, США. В своем сообщении Евелин неоднократно подчеркнула – речь идет не о развлечении, а об использовании марихуаны для подавления тяжелых симптомов неизлечимых заболеваний. С увеличением числа штатов, легализовавших медицинское использование марихуаны, следует ожидать появление научных исследований и достоверного подтверждения ценности этого растения в лечебных целях.

Существующие российские практики обеспечения периферического доступа

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРЕ «АКАДЕМИЯ ПРАВИЛЬНОЙ ИНФУЗИИ» В Г. САНКТ ПЕТЕРБУРГЕ.



■ **О.Л. Либман**
Клинический консультант
BD Medical

Катетеризация вен давно стала рутинной медицинской процедурой. За один год в мире устанавливается свыше 500 миллионов периферических венозных катетеров. В России периферическая венозная катетеризация становится все более и более распространенной процедурой в процессе лечения пациентов. Однако, на данный момент в нашей стране существует ряд факторов не позволяющих широко и повсеместно обеспечивать периферический венозный доступ по средствам ПВК (периферический венозный катетер). На наш взгляд, к сдерживающим факторам относятся: недостаточное финансирование стационаров и амбулаторий, влекущее за со-

бой, в том числе, недостаточное оснащение ПВК и средств ухода за ними; нехватка знаний, а порой и незнание безопасных практик медицинским персоналом; и, в целом, отсутствие общепринятых стандартов или рекомендаций по обеспечению и поддержанию периферического доступа.

В январе 2011 года Ассоциация Медицинских Сестер России вступила в Общество Инфузионных Сестер (Infusion Nurse Society – INS) с целью получения доступа к опыту накопленному международным сообществом медицинских сестер проводящих инфузионную терапию. Общество Инфузионных Сестер является автором всемирно признанных Стандартов по инфузионной терапии (Infusion NURSING Standards of practice. 2011). Видя необходимость создания единого документа, регламентирующего стандартизацию выполнения периферической катетеризации на территории РФ, Ассоциация Медицинских Сестер России взяла на себя инициативу в разработке Методических рекомендаций по обеспечению и поддержанию

периферического сосудистого доступа.

В рамках создания российского документа в апреле 2011 года в г. Санкт Петербурге состоялся 5 дневный семинар «Академия правильной инфузии». Компания BD, будучи технологическим лидером в производстве периферических внутривенных катетеров, выступила в качестве партнера, организатора и активного участника в проведении данного семинара. В семинаре приняли участие 17 медицинских сестер из различных отделений стационаров г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Целями семинара были ознакомление со всемирно признанными стандартами по инфузионной терапии INS, изучение Методических рекомендаций по обеспечению периферического доступа, выявление и устранение существующих неточностей, отработка практических навыков постановки ПВК.

В рамках семинара всем слушателям был предложен опросник, целью которого было понять существующие практики связанные с периферической катетеризацией. В

проведенном нами опросе, мы выяснили, что зачастую установкой периферических венозных катетеров занимаются процедурные медицинские сестры (см. ри. 1)

Это говорит о том, что процедурные сестры являются ведущими экспертами в отделении по установке ПВК, и есть необходимость в привлечении палатных медицинских сестер к проведению данной процедуры для снижения нагрузки на процедурных сестер. По нашим оценкам, существует несколько причин, которые сдерживают распространение широкой практики постановки ПВК среди палатных медицинских сестер. Например, боязнь самостоятельно устанавливать катетер в связи с отсутствием навыка, боязнь развития осложнений у пациента в связи с предыдущим негативным опытом или опытом коллег. Данные психологические барьеры необходимо преодолевать путем обучения и постоянной отработки навыка установки ПВК. Внедрение правил ведения больных с периферическими катетерами помогает снизить количество ошибок при постановке и количество возможных осложнений.

Интересной находкой было то, что наши респонденты чаще всего промывают катетер гепаринизированным раствором (см. рис. 2).

Стандарты INS рекомендуют промывание ПВК физиологическим раствором, так как гепарин очень сложно титровать, а его неправильно оттитрован-

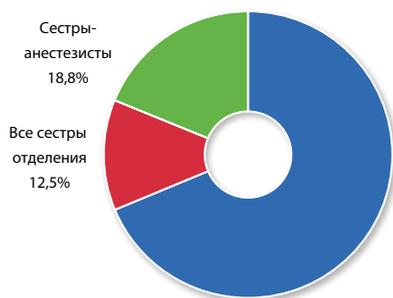


Рис. 1



Рис. 2

ная доза может вызвать развитие гепарининдуцированной тромбоцитопении¹.

Немаловажно помнить о том, что забор физиологического раствора должен производиться из одноразовой ампулы, а при использовании флаконов большого объема, такой флакон должен быть индивидуален для каждого пациента². Отдельные ампулы и шприцы для промывания используют только треть опрошенных сестер.

Участники семинара были хорошо осведомлены о возможных осложнениях и их симптомах, на которые необходимо обращать внимание при наблюдении за местом установки катетера.

Одним из наиболее важных требований Стандартов INS является документирование в истории болезни всех моментов, связанных с периферическим катетером, а также случаев возникновения осложнений периферического доступа³.

По данным опроса 38,9% отделений, в которых работают участники семинара, не документируют в истории болезни сам факт установки катетера, его промывания и смены повязки. (см. рис 3)

Случаи развития инфекционных осложнений периферического доступа только в 11,8% отделений документируются в истории болезни, в 29,4% – заносятся в специальный журнал. Следует отметить, что 58,8% случаев инфекционных осложнений нигде не фиксируются или «разбираются в устной

форме». Это говорит о том, что нет единой практики регистрации информации, отражающей наличие периферического доступа.

Обращаясь к вопросам безопасности труда, мы пришли к выводу, что треть опрошенных недостаточно представляют себе организацию утилизации опасных медицинских отходов. Непрокальываемые контейнеры для утилизации острых предметов используются только в 62,5%. Все медицинские сестры полностью осознают риски, связанные с ранением острыми предметами. В числе инфекций, которые передаются гематогенным путем, все участники опроса назвали ВИЧ/СПИД и вирусные гепатиты. Кроме того, 35,3% указали также сифилис, что является заблуждением. В то же время, 23,5% медицинских сестер отметили, что в ряде случаев не соблюдают все меры предосторожности, в том числе не надевают перчаток, объясняя это, в первую очередь, спешкой и недостатком времени. Некоторые медики отметили в качестве важного фактора также отсутствие одноразовых перчаток в достаточном количестве, что заставляет расходовать их более экономно.

Интересен тот факт, что никогда не подвергались контактам с кровью и не ранились иглами лишь 47,1% опрошенных медицинских сестер. (см. рис. 4.)

Стандарт INS рекомендует использовать для катетеризации периферических вен вены

верхней конечности избегая пункций вен нижних конечностей. Вены кисти рекомендуется использовать в первую очередь. При невозможности использования вен кисти или особым показаниям необходимо использовать вены предплечья. По данным опроса наиболее часто для катетеризации используются вены предплечья (72,2%), в также вены кисти (61,1%). Одна медицинская сестра указала, что часто использует вены локтевого сгиба, при этом она отметила, что после тренинга более не будет придерживаться такой практики.

Все медицинские сестры, кроме одной, указали, что размер катетера необходимо подбирать индивидуально для каждого пациента, что является клинически оправданным и рекомендовано всемирно признанными стандартами. Одна сестра отметила, что не подбирает размер катетера в связи с тем, что в отделении имеется только один их вид. Также все медики отметили, что материал, из которого изготовлены катетеры, влияет на успешность процедуры и длительность нахождения в вене.

Рекомендации CDC наравне со Стандартами INS единогласно рекомендуют использовать для ухода за периферическим катетером заводские стерильные повязки с прозрачным окошком^{4,5}. По полученным данным, для фиксации катетеров наиболее часто используются заводские непрозрачные повязки (61,1%), а также завод-

ские с прозрачным окошком (38,9%), пластырь используется в 27,9%. В основном, медицинские сестры используют материалы, которые имеются в наличии в их отделении. К примеру, при ответе на вопрос о принципах выбора повязок и катетеров, одна сестра ответила: «Мне никогда ничего не давали, особо никто не объяснял и не учил, да и катетеры у нас самые простые, и то мало».

В заключении хотелось бы отметить, что существующие практики по обеспечению и поддержанию периферического доступа имеют определенные несоответствия со всемирно признанными стандартами INS. Данные несоответствия обусловлены недооценкой, а зачастую и непониманием важности соблюдения правил установки и ухода за ПВК. На наш взгляд, качественное изменение сложившихся практик может быть достигнуто путем внедрения и соблюдения правил отраженных в едином документе. Таким документом должны стать разработанные РАМС Методические рекомендации. В настоящий момент Методические рекомендации проходят апробацию в отделениях участников семинара с целью усовершенствования. В дальнейшем РАМС планирует внедрить апробированный документ для использования в практическом здравоохранении на территории РФ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Infusion NURSING. Standards of practice. Supplement to January/February 2011 Volume 34 Number 1S ISSN 1533-1458. Стандарт 45, стр. 60
2. Infusion NURSING. Standards of practice. Supplement to January/February 2011 Volume 34 Number 1S ISSN 1533-1458. Стандарт 45, стр. 60
3. Infusion NURSING. Standards of practice. Supplement to January/February 2011 Volume 34 Number 1S ISSN 1533-1458. Стандарт 14, стр. 20
4. Infusion NURSING. Standards of practice. Supplement to January/February 2011 Volume 34 Number 1S ISSN 1533-1458. Стандарт 46, стр. 63
5. CDC Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports August 9, 2002 / Vol. 51 / No. RR-10

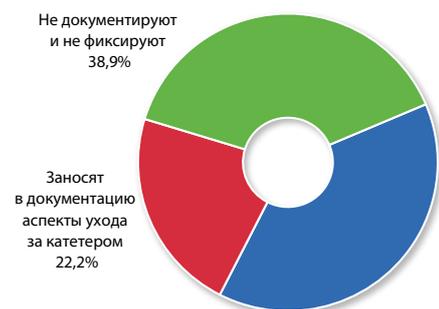


Рис. 3



Рис. 4

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ СТОМИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ В РОССИИ: современное состояние и роль медсестры в этом процессе



■ Калашникова Ирина Анатольевна

Руководитель Центра реабилитации стомированных пациентов ФГУ «ГНЦК» Минздравсоцразвития России, Москва



■ Фадеева Светлана Анатольевна

Медсестра Центра реабилитации стомированных пациентов ФГУ «ГНЦК» Минздравсоцразвития России, Москва

В России, как и во всем мире, постоянно растет число людей, перенесших операции по наложению стомы в связи с различными заболеваниями, аномалиями или травмами кишечника или мочевыделительной системы. Подавляющее число таких пациентов (около 90%) имеет стому в связи с онкологическими заболеваниями. По данным ВОЗ число стомированных пациентов на 100 000 населения составляет 100–150 человек. Несмотря на высокий уровень хирургической реабилитации, число стомированных пациентов в России приближается к 180 000 человек.

Стома – это противоестественное отверстие, искусственно созданное хирургическим путем. Вслед за удалением части кишечника или мочевого пузыря на передней брюшной стенке формируется постоянный или временный свищ, через который происходит

неконтролируемое отхождение газов, содержимого кишечника, мочи.

Вопросы, связанные с уходом за стомой, а также организацией соответствующей помощи такого рода пациентам, всегда являлись одними из актуальных в медицине. Наличие стомы делает для пациентов затруднительным пребывание в рабочем коллективе, семье, и обществе. Несовершенство устройств для приема кишечного содержимого сдерживало больных от согласия на операцию с формированием стомы. Развитие службы помощи стомированным больным происходило параллельно с появлением необходимых средств, предназначенных для ухода за стомами.

Наиболее серьезный прорыв в развитии приспособлений, предназначенных для ухода за стомами, связан с открытием клеящейся основы, способной одновременно фиксировать собирающий мешок к коже и защищать ее от агрессивного кишечного содержимого. Идея создания клеящегося калоприемника принадлежит медсестре из Дании Элизе Соренсен (1954).

Норма Джил (пациентка с илеостомой, оперированная американским хирургом Торнболлом по поводу язвенного колита) в 1958 году стала первым специалистом по уходу за больными с кишечными стомами («enterostomal therapist»). В 1961 году было открыто училище для подготовки стоматерапевтов (R.B. Turnbull, США). В 1968 году создана Американская Ассоциация стоматерапевтов. Такого рода практика

быстро распространилась по всему миру, и в 1975 году была создана Всемирная ассоциация сестер по уходу за стомами. Параллельно с созданием службы ухода за пациентами с кишечными стомами создавалась и Ассоциация пациентов с кишечными стомами.

Первый кабинет по уходу за пациентами с кишечными стомами был создан в СССР на базе ГНЦ колопроктологии в 1989 году по инициативе академика РАМН, профессора Г.И. Воробьева.

На протяжении всей своей деятельности ФГУ Государственный научный центр колопроктологии Министерства здравоохранения и социального развития России проводил научные исследования и большую организационную работу по образованию и развитию службы реабилитации стомированных пациентов в крупных медицинских центрах России.

Зарубежный и отечественный опыт показывает, что создание реабилитационных стома-центров позволяет более 60% стомированных пациентов вернуться к обычному образу жизни, остальные же 40% отмечают вполне приемлемые условия проживания.

Стомированные пациенты нуждаются в комплексной медико-социальной реабилитации.





Однако до настоящего времени в России отсутствуют сертифицированная профессия специалиста по оказанию помощи стомированным пациентам; система специального медицинского образования по реабилитации больных со стомой. Потребность в этой специальности в нашей стране в последние годы возросла в связи с увеличением числа стомированных пациентов, большей доступностью современных средств ухода за стомой. Поэтому сертификация, обучение и повышение квалификации специалистов по оказанию помощи пациентам со стомой приобрели особую актуальность.

В организации помощи стомированным пациентам существенно возрастает значение среднего медицинского персонала, на который возлагается основная роль по оказанию ухода и проведению медицинской реабилитации этой категории больных, что способствует расширению функций медицинской сестры и предъявляет высокие требования к уровню ее профессиональной подготовки. Мировой опыт показывает, что специально обученный средний медработник может самостоятельно оказывать квалифицированную реабилитационную помощь стомированным пациентам в рамках своей компетенции (уход, обучение, консервативное лечение осложнений, психологическая поддержка).

Эффективное развитие службы реабилитации стомированных больных невозможно без специального образования и обучения.

С ноября 2005 года по разрешению Министерства здравоохранения РФ

проводится краткосрочное начальное обучение специалистов по уходу за пациентами со стомой. Специальная образовательная программа (базовое обучение) была создана с учетом опыта отечественных специалистов и в соответствии с международными стандартами.

Для специалистов, уже имеющих опыт практической работы, с 2006г. проводятся Всероссийские обучающие семинары по реабилитации стомированных больных. На эти форумы приглашаются ведущие специалисты России и зарубежья. В программе семинаров – лекции, выступления представителей службы реабилитации стомированных пациентов из регионов, мастер-классы (тренинги по стоматерапии).

Занятия проводятся и с медицинскими сестрами, и с врачами, так как в настоящее время в России роль организатора помощи стомированным пациентам возложена на врача.

Медицинская сестра осуществляет непосредственный уход за пациентом, участвует в подборе средств ухода; в обучении пациента уходу за стомой, обеспечивает оформление первичной медицинской документации и ведение базы данных пациентов, контролирует расход средств ухода.

Предполагается расширение круга полномочий и функциональных обязанностей среднего медицинского работника в качестве «специалиста по реабилитации стомированных пациентов» при получении соответствующего образования и квалификации, имеющих государственный сертификат.

В результате проведенной работы удалось подготовить 215 специалистов из различных регионов России. Из них – 59 врачей, 156 медсестер.

Совместные усилия медиков, региональных министерств здравоохранения и социального развития позволили открыть в регионах кабинеты реабилитации стоми-

рованных пациентов на базе специализированных колопроктологических и онкологических центров. В настоящее время такие кабинеты работают в 52 из 89 регионов России. В апреле 2010 г. вышел приказ № 206-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля», где впервые регламентирована организация кабинета реабилитации стомированных больных.

Несмотря на некоторые успехи в организации помощи реабилитации стомированных больных, мы осознаем проблемы и перспективы их решения. Основными вопросами, требующими скорейшего разрешения, являются:

- сертификация программы обучения по реабилитации стомированных больных и включение ее в обязательную программу для среднего медицинского персонала,
- создание стандартов по реабилитационным мероприятиям, обеспечению техническими средствами реабилитации стомированных пациентов,
- подготовка положения о работе специалистов по реабилитации стомированных пациентов, сертификация соответствующей профессии,

Первоочередной задачей нам представляется разработка положения о специалистах по реабилитации стомированных пациентов (требования к образованию, права, обязанности, ответственность) и квалификационные ха-





рактические (общие и специальные знания, умения и манипуляции).

В «Перечне профессий и специальностей среднего медицинского персонала ЛПУ для разработки проектов профессиональных стандартов в области сестринского дела» отсутствует специальность по оказанию помощи стомированным пациентам.

На основании международного и отечественного опыта нам представляется целесообразным эту профессию отнести к специальности «Реабилитационное сестринское дело», квалификация – «Медицинская сестра по реабилитации стомированных пациентов». Виды и наименования профессий определяются характером и содержанием труда, а также спецификой и условиями различных сфер деятельности. Профессия «Медицинская сестра по реабилитации стомированных пациентов» предусматривает владение



определенными общими и специальными теоретическими знаниями и практическими навыками, приобретенными в результате специальной подготовки, опыта работы со стомированными пациентами.

В круг обязанностей медицинской сестры по реабилитации стомированных пациентов входит:

- оценка состояния пациента до операции по наложению стомы;
- информирование пациента о предстоящей операции с формированием стомы;
- психологическая поддержка пациента;
- разметка места расположения стомы перед операцией;
- послеоперационный уход за стомированными пациентами;
- профилактика и выявление осложнений стомы;
- диагностика и консервативное лечение осложнений стомы;
- обучение пациентов и их родственников уходу за стомой;
- оценка знаний и умений пациента в самостоятельном уходе за стомой;
- информирование пациентов о доступных средствах ухода за стомой, помощь, касательно подбора продукции, удовлетворяющей их потребностям;
- контроль процесса реабилитации пациентов и оказание помощи в адаптации пациентов к новому образу жизни;

- содействие реинтергации пациентов в общество;
- развитие сотрудничества со специалистами других областей в целях обеспечения индивидуального подхода при уходе за стомированным пациентом;
- консультирование других специалистов,

участвующих в реабилитации стомированных пациентов;

- сотрудничество с учреждениями здравоохранения и администрациями лечебных учреждений по вопросам оказания стоматерапевтической помощи, организации реабилитационного процесса и обеспечения стомированных пациентов средствами ухода за стомой;
- организация образовательных и скрининговых программ по профилактике и диагностике рака кишечника и мочевого пузыря;
- участие в научно-исследовательской работе.

Нам представляется, что такой широкий диапазон видов деятельности предполагает 6-ой квалификационный уровень (специалисты с дополнитель-



ным или углубленным образованием в различных областях сестринского дела).

Успешный опыт РАМС по созданию профессиональных стандартов и научно обоснованные методические подходы ведущих специалистов к регламентации труда медицинского персонала по реабилитации стомированных пациентов, практические достижения в организации помощи больным со стомой должны послужить основой для разработки и утверждения новой профессии. Для реализации этой цели установлено стратегическое партнерство Ассоциации и ФГУ Государственный научный центр колопроктологии МЗСР РФ, его логическим продолжением могло бы стать развитие сотрудничества с региональными ассоциациями по созданию школ для стомированных пациентов, организуемых силами подготовленных медицинских сестер.

Решение деликатной проблемы в партнерстве с медицинской сестрой

История компании «Колопласт» (Дания) неразрывно связана с созданием современных средств ухода за стомой. Все началось в далеком 1954 году, когда в семью датской медицинской сестры Элизы Сорен-



Рис. 1. Элиза Соренсен

сен (рис. 1) пришла беда: ее сестра Тора была прооперирована по поводу рака толстой кишки. С одной стороны, Тору спасли от неминуемой смерти, удалив злокачественную опухоль и наложив стому, но, с другой стороны, привычная жизнь Торы закончилась, она оказалась пленницей в собственном доме, куда стеснялась пригласить даже своих близких друзей. Дело в том, что в то время калоприемники представляли собой громоздкие приспособления из резины и металла (рис. 2) или пластмассы, которые крепились на теле с помо-



Рис. 2.

щью ремня. Конечно, они были негерметичными, протекали, издавали зловонный запах, а кожа вокруг стомы из-за постоянного контакта с кишечным отделяемым была как будто стерта наждачной бумагой.

Элиза не могла смириться с таким положением своей сестры и решила, во что бы то ни стало, помочь ей: она придумала калоприемник на клеевой основе, который можно было бы приклеить к коже вокруг стомы. По мнению Элизы, такой калоприемник должен был быть изготовлен из тонкого, но прочного и гибкого материала, например, из полиэтилена. И Элиза решила обратиться к одному из крупных производителей пластиковой упаковки – Аагэ Луис-Хансену. Аагэ был далек от медицины, да и бизнес его процветал, поэтому предложение Элизы его мало заинтересовало. Однако он рассказал о необычном предложении своей жене Джоане, которая также была медицинской сестрой. Джоана сразу оценила гениальность идеи своей коллеги и уговорила мужа сделать опытный образец. Эксперимент с калоприемником на клеевой основе удался, Тора была очень довольна. Первый калоприемник на клеевой основе был сделан вручную (рис 3), но уже в



Рис. 3.

1957 году Аагэ Луис-Хансен наладил производство адгезивных калоприемников, которые позволили миллионам стомированных людей по всему миру вернуться к нормальной жизни.

Компания «Колопласт» и сейчас верна своим традициям: все поколения калоприемников были разработаны инженерами и химиками компании совместно с медицинскими сестрами, занимающимися уходом за стомой (стоматерапевтами) и стомированными людьми. Действительно хороший продукт можно сделать только при

участии тех, кто пользуется этим продуктом, знает о всех его достоинствах и может предложить, как его усовершенствовать.

В 1995 году был создан научно-исследовательский центр Колопласт, проводящий изыскания в области создания новых материалов и технологий. Постоянно работает Всемирный консультативный совет Колопласт, в который входят ведущие стоматерапевты разных стран мира, а также стомированные пациенты. Последняя научно-практическая разработка консультативного совета – это практическое пособие для специалистов по уходу за стомой по оценке, диагностике и ведению перистомальных кожных осложнений. Электронная версия данного пособия на русском языке скоро появится на сайте компании.

За более чем полувековую историю, постоянно совершенствуя свою продукцию, компания «Колопласт» прошла огромный путь: от калоприемников с клеевым слоем на основе оксида цинка до современных калоприемников Alterna с гидроколлоидным адгезивом спиралевидной структуры, состоящим из двух чередующихся адгезивов, и, наконец, до золотого стандарта в стоматерапии – калоприемников SenSura (Рис. 4) с двухслойным пластичным адгезивом импрессионной структуры,



Рис. 4.

способным следовать любым неровностям тела и кожи и надежно защищать кожу вокруг стомы от агрессивного воздействия кишечного отделяемого.

Сейчас Колопласт представляет собой мощную научно-производственную компа-

нию, которая занята не только разработкой и производством продукции, но и активно занимается обучающей и просветительской деятельностью. Во многих странах мира, в том числе и в России, Колопласт инициирует специальное профессиональное обучение для медицинских сестер по стоматерапии (т. е. по уходу за стомой). В России совместно с ФГУ Государственным научным центром колопроктологии постоянно работают начальные (базовые) курсы по стоматерапии для медицинских сестер, действует обучающая программа для более опытных специалистов по уходу за стомой, а также проводятся выездные обучающие семинары для специалистов и пациентов в различных регионах страны. Обучение специалистов Северо-запада страны проводится на базе Отделения реабилитации стомированных пациентов Городского онкологического диспансера г. Санкт-Петербурга. Совместная образовательная деятельность ведется в республике Башкортостан. Колопласт спонсирует участие специалистов по уходу за стомой в научной работе.

Колопласт является организатором службы реабилитации стомированных пациентов. Центры и кабинеты реабилитации стомированных пациентов созданы Колопласт совместно с ведущими лечебными учреждениями более чем в 50 регионах России. Компания поддерживает тесные связи с общественными организациями стомированных людей, активно участвует в их социально-просветительской и благотворительной работе. Для пациентов постоянно работает «горячая линия Колопласт»; специалисты компании также отвечают на вопросы пациентов и специалистов на интернет-форуме.

Колопласт никогда не останавливается на достигнутом, всегда двигается вперед и разрабатывает новые средства ухода для людей с деликатными медицинскими потребностями, но об этом Вы узнаете в следующих номерах журнала.

Порядок на столе – порядок в голове

Посмотрите на свой рабочий стол, на свой кабинет и признайте: этот хаос давно пора разобрать. А если подойти к этому делу с умом и профессиональным советом, вы не только облегчите себе жизнь, но и повысите эффективность работы. Особенно хорошо решить эту задачу перед отпуском, чтобы в новом «рабочем» году окончательно отказаться от вредной привычки жить и работать в обстановке хронического беспорядка. Тем более, что в этом нам готовы помочь профессионалы! Американка Реджина Лидс ведет довольно необычный бизнес. Предприимчивая дама помогает клиентам наводить порядок – во всём, начиная от личной жизни и заканчивая полкой холодильника. Мы решили опробовать её советы и, вооружившись книгой «Полный порядок. Понедельный план борьбы с хаосом на работе, дома и в голове», навели идеальный порядок на типичном кабинетном столе. Вот, что у нас получилось.

Шаг 1. ИЗБАВИТЬСЯ ОТ ЛИШНЕГО

В процессе разбора ящиков стола порой не так уж просто определить, что вам действительно нужно, а что нет. Иногда в нас говорит ложная бережливость, иногда – банальная жадность, в любом случае в результате рабочее место превращается в склад всякой ерунды из серии «а может быть, когда-нибудь пригодится». Зато по-настоящему важного вы под этой кучей хлама никогда не найдёте; так что вот несколько советов, как отделить зёрна от плевел.

- Что-то может показаться вам нужным, но на самом деле пригодится только дома. Откладывайте эти предметы в отдельную кучку (а лучше сразу найдите для них коробку), чтобы при первой же возможности увезти их домой.

- Разбирая глубины тумбочки, вы можете обнаружить, что забыли отдать – или прикарманили – чужую собственность, как то: ручку, блокнот, степлер, книгу и т. п. Не жадничайте – верните всё владельцу,



даже если это сущая мелочь; пусть лучше валяется на его столе.

- Если вы не уверены, нужна вам вещь или нет, спросите себя, когда вы в последний раз ею пользовались. Если ну очень давно или вообще никогда, избавьтесь от неё, не дожидаясь «всякого случая».

- Обязательно выбросьте все побочные предметы: открытки, буклеты, мелкие сувениры, которые не используются в течении месяца на вашем рабочем столе.

- Трезво оцените количество канцтоваров, которое вам необходимо держать под рукой. Пачка скрепок для степлера и один блокнот про запас – это нормально; пять пачек скрепок и потенциальное собрание сочинений – явный перебор и лишняя трата рабочего пространства.

- Нашли старые исписанные ежедневники и записные книжки? Не поленитесь пролистать их и выкинуть, если в них не записаны важные контакты. Бывает и такое, что на весь блокнот приходится только две-три нужные записи; тогда перенесите их в электронный документ, а остальную макулатуру – сразу в мусор.

- Проверьте содержимое своего канцелярского стакана. Вы уверены, что вам нужны все эти ручки и карандаши? Половина из них наверняка давным-давно не пишут.

- Сколько бумаги, конвертов, клейких листочков и прочей бумаги у вас в тумбочке? Скорее всего, больше, чем понадобится в ближайшие месяцы-два. Если это так, часть бумаж-

ных запасов можно смело отдать на хранение секретарю.

- Осмотрите поверхность стола и стену около него. Удалите лишние клейкие листочки с записками и напоминаниями, которые уже не актуальны или не нужны.

- Разберите наконец визитки, чужие и собственные. За время работы в этой организации вы могли поменять телефон, кабинет, должность и т. п., а значит, в ваших ящиках наверняка завалялись остатки старых и уже неправильных визитных карточек. Смело выбрасывайте.

Шаг 2. СГРУППИРОВАТЬ

Отделив всё нужное от ненужного, вы должны сгруппировать своё имущество так, чтобы все сходные по функциям предметы оказались в одном (и правильном) месте. Например, писчие принадлежности – одна группа; скрепки, скотч, ножницы и клей – другая; дезодоранты, салфетки, крем для рук – третья, ну и так далее.

После этого протрите стол, вытряхните и простелите бумагой ящики – и приступайте к последнему шагу.

Шаг 3. РАЗЛОЖИТЬ ПО ПОРЯДКУ

То, как вы разместите предметы на столе и в тумбочке, во многом зависит от ваших индивидуальных особенностей. Например, если вы правша, телефон и стакан с ручками, соответственно, лучше держать с правой стороны. Впрочем, есть несколько универсальных правил, которые помогут вам быстрее находить нужные вам

предметы и, главное, не разводить беспорядок каждый раз, как вам понадобится что-то достать.

- На поверхности стола лучше держать минимальный набор канцелярских принадлежностей. Достаточно оставить ручку, маркер и карандаш (если нужен) в специальном стакане, остальное вполне можно отправить в стол.

- Самую необходимую канцелярку обычно размещают в двух верхних ящиках стола. Нижние ящики – для предметов личной гигиены.

- Чтобы мелкие канцелярские принадлежности не болтались в тумбочке и не перемешивались при каждом её открытии, можно поставить в ящик специальную вставку-пенал или, если таковой не имеется, просто купить недорогие пластиковые коробки.

- Обратите внимание на то, что вы кладёте в заднюю часть ящика. Это так называемая «мёртвая зона», в которой, как правило, скапливается всякая ерунда. Если же туда попадёт что-то действительно нужное, вы можете это не найти и очень скоро забыть, что приведёт к образованию новых запасов – и новому беспорядку.

КСТАТИ

Чаще всего при разборе рабочего стола в ящиках «неожиданно обнаруживаются»:

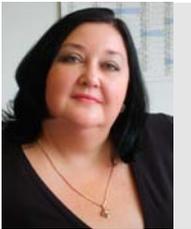
- косметика,
- витамины и обезболивающие,
- конфеты, шоколад, жевательная резинка,
- статуэтки, игрушки и другой декор,
- фотографии,
- средства личной гигиены.

Как вы думаете, на рабочем столе палатной медсестры должен быть порядок?

Тогда приступайте к разработке своей собственной систематизации порядка на рабочем столе, в шкафу, в холодильнике.

Принцип систематизации порядка на рабочем столе может правильно выполнять фармацевтический порядок в шкафах для медикаментов и расходных материалов.

ПАЦИЕНТ В ЦЕНТРЕ – КВАЛИФИЦИРОВАННЫЙ УХОД ДАРИТ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ



■ Павлова С.Г.

Руководитель проекта Home Care
ООО Пауль Хартманн

В последние годы на слуху общества: – «Пациент главная фигура в здравоохранении».

Так ли в это?

В жизни мы сталкиваемся чаще с ситуацией, в которой пациент и его семья со своей проблемой остается наедине. На фоне дефицита кадров со средним медицинским образованием и высокой нагрузки на медсестру, медицинские работники в процессе выполнения своих функций не всегда могут предоставить качественный сестринский уход. Поэтому, мы все чаще говорим о необходимости реорганизации оказания сестринской помощи в общей структуре здравоохранения по видам медицинской помощи населению.

Медицинские сестры готовы предоставить доступный качественный уход, но для выполнения такой помощи в штатное расписание лечебных учреждений необходимо ввести медсестер, которые будут заниматься вопросами обучения медперсонала и родственников. Важно уделять внимание развитию школ в лечебно-профилактических подразделениях стационарно-поликлинической сети здравоохранения.

Одним из подвижников создания школ для пациентов стала компания «Пауль Хартманн», которая разработала проект по подготовке на базе ЛПО школ правильного медицинского ухода за тяжелобольными пациентами, цель которых обучить медицинских работников и членов семей применению современных средств ухода и гигиены у тяжелобольных.

Основные задачи школы:

1. Обучение родственников и других лиц, осуществляющих уход на дому:
 - методам контроля за изменениями состояния здоровья пациента;
 - принципам общего ухода;
 - профилактике осложнений;
 - методам дезинфекции;
 - навыкам простых медицинских манипуляций;
 - методам самообслуживания и самоконтроля;
 - использованию технических средств реабилитации и малой механизации;
 - обеспечению безопасной домашней среды, профилактике травматизма.
2. Своевременное консультирование родственников, осуществляющих уход по вопросам реабилитации.

Ожидаемыми результатами реализации задач Школы являются:

- достижение оптимального уровня жизни пациентов пожилого и старческого возраста в привычной для него домашней обстановке;
- создание наиболее благоприятной психологической атмосферы в семье;

- максимальное повышение уровня медицинской грамотности родственников и ухаживающего персонала;
- уменьшение случаев увольнения с работы родственников в связи с необходимостью ухода за пожилым человеком.

География проекта весьма широка и представлена многими регионами:

Республика Марий Эл; Киров; Ульяновск; Владикавказ; Дзержинский; Пенза; Рязань; Новосибирск; Чебоксары; Челябинск; Казань; Воронеж.

Стартовал проект в мае 2009 года. С каждым годом география расширяется и основным результатом проекта является создание школ в различных лечебно-профилактических организациях.

В таблице приведена статистика регионов по работе школ. Эти данные показывают, что школы пациентов востребованы.

Компания Пауль Хартман приглашает все региональные ассоциации к сотрудничеству. Специалисты компании помогут Вам в создании Школы правильного ухода за тяжелобольными пациентами.

Город/регион	Медицинские сестры	Пациенты и родственники	Патронажные сестры/социальные работники
Воронеж	264	535	
Чебоксары	246	402	37
Пермь	58	98	
Тольятти	92	576	
Екатеринбург		132	
Киров	199	1100	
Ульяновск	420	475	
Солнечногорск МО	15	148	
Йошкар-Ола	362	275	98
Владикавказ	210	150	
Челябинск		616	154
Москва	2700	350	
Дзержинский МО	245	459	
Рязань	35	225	
Пенза	493	550	
Набережные Челны	109	53	15
Казань	150	60	
Новосибирск		350	
Итого	5598	6554	304

Школа пациента (правильного медицинского ухода)



Зачем «Школа правильного ухода за тяжелобольным пациентом» нужна лечебно - профилактическим медицинским организациям?

- Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье»
- Престиж ЛПО
- Экономическая эффективность:
 - уменьшение койко-дней пребывания пациента за счёт отсутствия осложнений ухода
 - увеличение оборота койки
 - уменьшение временных и трудовых затрат медицинского персонала
 - эргономика и стандартизация работы
 - экономия средств ЛПО

Зачем «Школа правильного ухода за тяжелобольным пациентом» нужна родственникам пациента?

- Оказать поддержку семье тяжелобольного пациента
- Обучить родственников правилам гигиенического ухода
- Повысить качество жизни пациентам

Немецкая медицинская компания **Пауль Хартманн** приглашает все региональные ассоциации к сотрудничеству. Специалисты компании помогут Вам в создании Школы правильного ухода за тяжелобольными пациентами.

Тел. (495) 796-99-61 доб. 144

E-mail: Svetlana.Pavlova@hartmann.info

Информация о компании по телефону бесплатной горячей линии **8 800 505 12 12** или на сайте www.paulhartmann.ru

Инновационные технологии в работе сестринского персонала в ГЛПУ «Кировский областной госпиталь ветеранов войн»



■ **Агалакова Алевтина Ивановна**
Кировский областной госпиталь ветеранов войн старшая медицинская сестра 1 терапевтического отделения

Улучшение качества жизни пожилых людей и инвалидов напрямую зависит от изменения сложившейся системы сестринской помощи, внедрения новейших технологий в уходе за пациентами. В ГЛПУ «Кировский областной госпиталь для ветеранов войн» с этой целью предпринимаются последовательные шаги.

В мае 2009 года стартовало партнерство госпиталя с региональным представительством фирмы «Пауль Хартманн» в г. Кирове. Учитывая актуальность проблемы ухода за больными в госпитале и заинтересованность сторон, в июне 2009 года был подписан договор о порядке и условиях проведения мероприятий по внедрению современных способов ухода за тяжелобольными пациентами. Партнерство оказалось для нас очень продуктивным – мы смогли повысить качество ухода за пациентами, смогли сделать их жизнь легче, комфортнее. Итак, как мы действовали?

На подготовительном этапе было разработано Положение об организации деятельности «Школы правильного ухода за тяжелобольными пациентами», издан приказ о создании школы; затем были приобретены матрасы с эффектом воздушной подушки, влагонепроницаемые наматрасники, антипролежневые подушки под ноги, валики во влагостойких съёмных чехлах, металлические ограждения для функциональных кроватей.

В течение нескольких месяцев в клинических отделениях госпиталя шла апробация различных материалов и предметов ухода, включая наборы операционного белья для различных видов операций, повязки асептические и с наполнителями для лечения трофических язв и послеоперационных ран, пролежней, подгузники, прокладки урологические, пеленки, фиксирующие пластыри, моющие лосьоны и гели для ухода за кожей.

В октябре 2009 г. был открыт учебно-методический кабинет, в оснащении которого весомую поддержку оказала фирма «Пауль Хартманн» – помещение было оборудовано шкафами-витринами с предметами ухода, плакатами, теле и видеоаппаратурой. Профессионально организованный мастер-класс, презентации и видеофильмы, освещающие различные аспекты ухода, состоявшиеся в рамках сестринской конференции, дали отличный старт для работы созданной школы. Вслед за этим были разработаны и утверждены планы занятий.

Мы понимаем – недостаточно просто обеспечить больных первыми попавшимися средствами для устранения неприятных последствий имеющихся у них заболеваний. Медицинский персонал прекрасно осведомлен о последствиях применения низкосортных изделий из своего практического опыта: раздражения кожи, острые формы пеленочного дерматита или язвенного пролежня.

«Без надлежащего хождения и смотрения за больными, и самый искусный врач мало или ничего даже в восстановлении здоровья, или отвращения смерти, сделать не сможет».

Христофор Оппель, 1822 г.

На сегодняшний день работа «Школы правильного ухода» прочно вошла в систему оказания помощи в госпитале. Занятия вызывают большой интерес. Слушателям демонстрируются правила ухода за кожей, правильное положение пациента во время кормления, технологии смены подгузников, постельного и нательного белья у тяжелобольных пациентов. Все процедуры выполняются с применением современных материалов, таких как непромокаемые пеленки и подгузники, антибактериальные салфетки, профессиональные средства ухода за кожей, палочки для обработки полости рта и др.

Занятия проходят как в методическом кабинете, так и у постели пациента, помогая повысить уровень знаний специалистов и родственников, повысить качество ухода за пациентами и предотвратить такие потенциальные осложнения у лежачих больных, как пролежни, тромбоз глубоких вен нижних конечностей или пневмония. С момента создания Школы в 2009 году обучение в ней прошли 1100 пациентов, 142 сотрудника, 57 студентов; 35 родственников были обучены индивидуально. Есть и первые статистические данные, позволяющие говорить об эффективности работы «Школы».

Статистика отделения реанимации	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Пролечено (чел)	291	313	245
С высоким риском образования пролежней (чел)	59	41	20
Переведено в отделения стационара с пролежнями на долечивание	15	6	-
Умерло от тяжести состояния	21	17	12

Статистика показывает, что пациентов с высоким риском образования пролежней в 2010 году стало меньше. Это можно объяснить тем, что с октября 2009 г. внедрено применение средств Menalind professional для ухода за кожей тяжелобольных пациентов, облегчающих труд медперсонала (процедура выполняется без физического напряжения) и благотворно влияющих на состояние кожных покровов пациентов.

Оценка и перспективы работы Школ

Для нас, специалистов практического здравоохранения, важен не сам процесс обучения, а те видимые результаты, которые он может принести. На собственном опыте я и мои коллеги убедились, что создание Школы правильного ухода – это не дань моде и новым тенденциям – это самый короткий путь к повышению качества сестринской помощи.

В марте 2011 года в госпитале проводилась проверка представителями Департамента здравоохранения, они посетили «Школу правильного ухода» вынесли ей положительную оценку. Школа востребована пациентами, их родственниками, специалистами. Мы уверены, что школа будет развиваться, содействуя тому, чтобы качество сестринского ухода было на высоте!

НА ПРЕДЕЛЕ ВОЗМОЖ

ОБРАЩЕНИЕ

С 1997 года я работаю медицинской сестрой в психиатрической больнице. В среднем в отделении находится на лечении 70-80 больных. Всегда в отделении дежурило не менее 2-х медсестер, однако в последнее время штат медсестер сокращается, но новых специалистов не принимают, и все обязанности возлагаются на одного медицинского работника. Дежурство в отделении осуществляется круглосуточно. Приняв смену, медсестра обязана разложить и раздать таблетки больным три раза в день, списать их, сделать инъекции и списать ампулы и шприцы, раздать пищу больным, дважды за сутки измерить температуру и давление всем больным, все это зафиксировать в истории болезни, проконтролировать работу санитарок, следить за состоянием больных, не допустить побегов или актов насилия в отделении, вести документацию и выполнять различные поруче-

ния врача. За все в отделении отвечает медсестра, но за создание приемлемых условий работы не отвечает никто!

В нашем учреждении сложилась тоталитарная система подавления медицинских работников. Не успела списать таблетку (ампулу, шприц) - выговор, случилась драка между пациентами - выговор, пациент убежал - увольнение, санитарка плохо помыла служебные помещения - замечание. Нагрузка невыносимая, условия работы мучительные - мы дышим нейролептиками, пребываем в состоянии стресса все 24 часа. В должностной инструкции медицинской сестры палатной 39 пунктов обязанностей и только 5 пунктов прав - заметьте, это не права на условия труда, это сфера деятельности медсестры в отсутствие врача и в чрезвычайной ситуации.

За все 13 лет, что я работаю в больнице, ни одна медсестра не была удостоена по-

ощрения, единственное, что мы видели - наказания в виде выговоров, штрафов, снижения надбавок за интенсивность. Заработная плата у наших медсестер не дотягивает до 9 тысяч рублей (в зарплату входит оклад и доплата за интенсивность), санитарки получают не более 5,5 тыс. рублей. На все наши недовольства руководство больницы отвечает: **«Не нравятся - увольняйтесь, мы никого не держим!»**

Еще один не маловажный факт. Все мы состоим в профсоюзе больницы, однако никакой помощи рядовой медицинский работник от профсоюза никогда не получал. Нас даже заставляли проходить медицинский осмотр за свой счет, при этом затраты не возмещаются. Нам объясняют: **«Хотите работать - обязаны проходить медицинскую комиссию ежегодно!»** хотя по трудовому законодательству это обязанность работодателя.

ВОПРОСЫ:

Мы неоднократно обращались за помощью в департамент здравоохранения своего края, однако приезжавшие комиссии ничего не предпринимали. Ни один член комиссии не пообщался с рядовым работником, а только с руководством.

ОТВЕТ

Ассоциация медицинских сестер России, рассмотрев Ваше обращение, по существу поставленных в нем вопросов сообщает следующее:

1. «Сколько медицинских сестер должно находиться на дежурстве в отделении при таком количестве больных (в каком документе это отражено)?»:

В настоящее время трудовое законодательство не устанавливает требований к численности персонала организаций. Нормы труда, включая нормы численности персонала, необходимого для выполнения конкретных производственных функций или объемов работ, согласно ст. ст. 160 и 162 ТК РФ **устанавливаются локальными нормативными актами, принимаемыми работодателем с учетом мнения представительного органа работников.**

Сведения о количестве штатных единиц, наименованиях должностей, специальностей, профессий с указанием квалификации отражаются в штатном расписании организации.

Таким образом, количество персонала в учреждении определяется работодателем и регламентируется штатным расписанием организации.

Большинство психиатрических и психоневрологических учреждений в Российской

Дорогие коллеги помогите пожалуйста и ответьте на некоторые мои вопросы:

1. Сколько медицинских сестер должно находиться на дежурстве в отделении при таком количестве больных (в каком документе это отражено)?

Федерации при разработке штатных расписаний руководствуются следующими приложениями к приказу Минздрава СССР от 21.03.1988 N 225 «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи»:

- № 9 «Дополнения и изменения штатных нормативов медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь психиатрических больниц, отделений, палат (утверждены приказом министерства здравоохранения СССР от 15.08.1974 № 760 с последующими дополнениями и изменениями);

- № 10 «Штатные нормативы медицинского персонала психиатрических отделений для больных с сочетанной тяжелой соматической и психической патологией (соматопсихиатрических отделений)».

Так, например, в соответствии с приложением № 9 должности палатных медицинских сестер устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на следующее количество коек в психиатрических отделениях для взрослых (палатах):

- при среднем пребывании больного на койке от 100 до 340 дней - 50 коек;
- при среднем пребывании больного на койке свыше 340 дней - 80 коек.

Штатные нормативы, утвержденные приказом Минздрава СССР от 21.03.1988 N 225, носят рекомендательный характер и

2. Какую заработную плату и какие надбавки может получать медицинская сестра психиатрии?

3. Куда можно обратиться за защитой своих прав, чтобы проверка прошла не за столом, чтобы действительно проверили всю деятельность больницы?



НОСТЕЙ

применяются в зависимости от конкретных условий и потребности. **Разумеется, что данные нормативы являются устаревшими, не отвечают требованиям времени, задачам безопасности и качества медицинской помощи.**

Также при расчете штатных нормативов в учреждениях здравоохранения можно руководствоваться порядками оказания отдельных видов (по профилю) медицинской помощи (далее – Порядок), которые разрабатываются в настоящий момент Минздравсоцразвития РФ во исполнение ст. 37.1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1. Порядки включают в себя, в том числе, и рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений для оказания данного вида (по профилю) медицинской помощи. К сожалению, порядок оказания психиатрической помощи Минздравсоцразвития РФ пока не утвержден, имеется только проект приказа на сайте Минздравсоцразвития РФ.

2. «Какую заработную плату и какие надбавки может получать медицинская сестра психиатрии?»:

Порядок установления заработной платы работникам регламентирован, в первую очередь, Трудовым кодексом Российской Федерации (далее – ТК РФ).

В соответствии со ст. 135 ТК РФ заработная плата работнику устанавливается трудовым договором в

Секция медсестер психиатрической службы рекомендует



■ **Виноградов С.В.,**

руководитель секции, зам. гл. врача по работе с сестринским персоналом

Расчет штатных нормативов медицинского и иного персонала психиатрических учреждений осуществляется на основании приказа Минздравмедпрома РФ от 13 февраля 1995г. № 27 «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь». На основании приложения 3, должности палатных медицинских сестер устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на число коек в отделении (палатах) при среднем пребывании больного на койке до 100 дней включительно. Для взрослых это 25 коек на 1 круглосуточный пост; для подростков – 20 коек; для детей – 20 коек. Показатель свыше 100 дней не учитывается, так как по целевым индикаторам средняя длительность пребывания больного на койке не должна превышать 74,4 койко-дня.

Ежегодно экономист больницы должен производить расчет числа должностей на 1 круглосуточный пост палатных медицинских сестер и палатных санитарок или младших медсестер за больными. **Представлю расчет на 2011 год.**

1. Число дней в году – 365.
2. Число часов работы учреждения в году (при круглосуточной работе):

- 365 дней × 24 час = 8760 час.
3. Число дней работы в году с учетом воскресных, праздничных и рабочих дней очередного отпуска:
365 – 63 – 54 = 248 дней
4. Число часов работы в год на одного человека оставляет:
248 дней × 6 час = 1488 час – 3 час (предпраздничных) = 1485 час.
5. Число должностей на один круглосуточный пост составляет:
8760 / 1485 = 5,899 должностей м/с.

Кроме того, ежегодно утверждается структура лечебного учреждения и его коечность в общем и по отдельным структурным подразделениям (например, по мужским, женским, детским и др. отделениям). Данную информацию можно получить в оргметодотделе больницы. (Информация эта не закрытая, так как требуется для написания аттестационных работ, в отличие от штатного расписания! Но для рядовых м/с она и не нужна.)

Так, если отделение, в котором работает данная медицинская сестра, рассчитано на 60 коек, то:

60 коек: 25 коек (по нормативу, приказ Минздравмедпрома РФ № 27) = 2,5 круглосуточных поста. Следовательно, в отделении на 60 коек должно быть 2,5 круглосуточных сестринских поста.

Далее, 2,5 × 5,899 = 14,25 ставок медицинских сестер должно быть в отделении на 60 коек.

Другими словами, в отделении на 60 коек должны работать на 1 ставку 14,25 медицинских сестер. При этом, если ставки не заполнены физическими лицами, то это хороший способ для совмещения!





соответствии с действующими у данного работодателя системами оплаты труда.

В соответствии со ст. 144 ТК РФ системы оплаты труда (в том числе тарифные системы оплаты труда) работников государственных и муниципальных учреждений устанавливаются:

- в федеральных государственных учреждениях – коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации;

- в государственных учреждениях субъектов Российской Федерации – коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации;

- в муниципальных учреждениях – коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления.

В соответствии со ст. 147 ТК РФ оплата труда работников, занятых на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда, устанавливается в повышенном размере по сравнению с тарифными ставками, окладами (должностными окладами), установленными для различных видов работ с нормальными условиями труда, но не ниже размеров, установленных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права.

Минимальные размеры повышения оплаты труда работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда, и условия указанного повышения 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 повышение оплаты труда в размере не менее 4 процентов тарифной ставки (оклада), установленной для различных видов работ с нормальными условиями труда.

Конкретные размеры повышения оплаты труда устанавливаются работодателем с учетом мнения представительного органа работников в порядке, установленном статьей 372 ТК РФ для принятия локальных нормативных актов, либо коллективным договором, трудовым договором.

В соответствии со ст. 22 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» медицинские и иные работники, участвующие в оказании психиатрической помощи, отнесены к категориям работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда.

Размеры повышения оплаты труда за работу с вредными и (или) опасными условиями труда участвующим в оказании психиатрической помощи медицинским работникам федеральных бюджетных учреждений, устанавливаются в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации, а медицинским работникам бюджетных учреждений субъектов Российской Федерации – в порядке, определяемом органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Таким образом, в соответствии со ст. 22 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», статьей 147 ТК РФ Вы имеете право на повышение оплаты труда за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, как медицинский работник, участвующий в оказании психиатрической помощи, но размер такого повышения должен быть определен, в первую очередь, нормативными правовыми актами субъекта РФ, а также положением об оплате труда учреждения здравоохранения, в котором Вы работаете, трудовым договором.

К сожалению, Ассоциация медицинских сестер не располагает нормативными правовыми актами данного региона, но в любом случае такое повышение должно быть предусмотрено и составлять в соответствии с постановлением Правительства РФ от 20.11.2008 N 870 не менее 4 процентов тарифной ставки (оклада), установленной для различных видов работ с нормальными условиями труда.

3. «Куда можно обратиться за защитой своих прав, и чтобы проверка прошла не за столом с водкой и закуской, а чтобы действительно проверить всю деятельность больницы?»:

В соответствии со ст. 352 ТК РФ основными способами защиты трудовых прав и свобод являются:

- самозащита работниками трудовых прав;
- защита трудовых прав и законных интересов работников профессиональными союзами;
- государственный надзор и контроль за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права;
- судебная защита.

Государственный надзор и контроль за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, всеми работодателями на территории Российской Федерации осуществляет федеральная инспекция труда.

Федеральная инспекция труда – единая централизованная система, состоящая из федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на проведение государственного надзора и контроля за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, и его территориальных органов (государственных инспекций труда).

В соответствии со ст. 382 ТК РФ индивидуальные трудовые споры, т.е. неурегулированные разногласия между работодателем и работником по вопросам применения трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, коллективного договора, соглашения, локального нормативного акта, трудового договора (в том числе об установлении или изменении индивидуальных условий труда), рассматриваются комиссиями по трудовым спорам и судами.

Таким образом, за защитой своих трудовых прав и свобод Вы имеете право обратиться в профсоюзную организацию, в федеральную инспекцию труда, в комиссию по трудовым спорам или в суд. Действия должностных лиц администрации Вашего учреждения Вы можете обжаловать вышестоящему руководителю в порядке подчиненности.

По вопросу должностных обязанностей медицинской сестры и санитарки разъясняю, что приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 N 541н утвержден Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», в том числе к должности медицинской сестры палатной (постовой) и санитарки. Утвержденные квалификационные характеристики применяются в качестве нормативного документа, а также должны использоваться, в том числе администрацией Вашего учреждения, для разработки должностных инструкций.

**Президент ПАМС,
В.А. Саркисова**

BD Инфузионная терапия

Периферические внутривенные катетеры и аксессуары

Эверест в инфузионной терапии

BD Vialon™ - уникальный материал канюли для снижения частоты флебитов

Особая трехгранная заточка иглы – для плавного и легкого введения

BD Instaflash™ Needle Technology для попадания в вену с первой попытки



Helping all people
live healthy lives

BD Medical
123317, Москва, Россия
Пресненская наб., 10, блок С
тел: +7 (495) 775 85 82
факс: +7 (495) 775 85 83
www.bd.com/ru

НОВИНКИ ДЛЯ БОРЬБЫ С ПЕДИКУЛЕЗОМ



МЕДИЛИС-БИО



ЛЕЧЕНИЕ: ●

ГОЛОВНОГО ПЕДИКУЛЕЗА ●

ЛОБКОВОГО ПЕДИКУЛЕЗА ●

100% ОВИЦИДНОСТЬ ●

ОДНОКРАТНАЯ ОБРАБОТКА ●

ЛЕЧЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ С 5 ЛЕТ ●

НЕ СОДЕРЖИТ ХИМИЧЕСКИХ ИНСЕКТИЦИДОВ ●

СРЕДСТВО ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ И ДЛЯ БЫТА ●

ЛОСЬОН ГОТОВЫЙ К ПРИМЕНЕНИЮ ●

НОВОЕ ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ВЕЩЕСТВО ●

ДЕЙСТВУЕТ НА РЕЗИСТЕНТНЫЕ ПОПУЛЯЦИИ ●

МЕДИЛИС-СУПЕР

● ЛЕЧЕНИЕ:

● ГОЛОВНОГО ПЕДИКУЛЕЗА

● ЛОБКОВОГО ПЕДИКУЛЕЗА

● ПЛЯНОГО ПЕДИКУЛЕЗА

● 100% ОВИЦИДНОСТЬ

● ОДНОКРАТНАЯ ОБРАБОТКА

● ДЕЗИНСЕКЦИЯ БЕЛЬЯ ОТ ВШЕЙ

● ДЕЗИНСЕКЦИЯ ПОМЕЩЕНИЙ ОТ ВШЕЙ

● УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ

● ДЕЙСТВУЕТ НА РЕЗИСТЕНТНЫЕ ПОПУЛЯЦИИ

● СРЕДСТВО ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ И ДЛЯ БЫТА

● ДВ-24% ФЕНТИОН



Лаборатория
МЕДИЛИС

www.medilis.ru; e-mail: mail@medilis.ru

тел.: (495)315-17-10, 980-80-39

980-80-38, 315-16-65