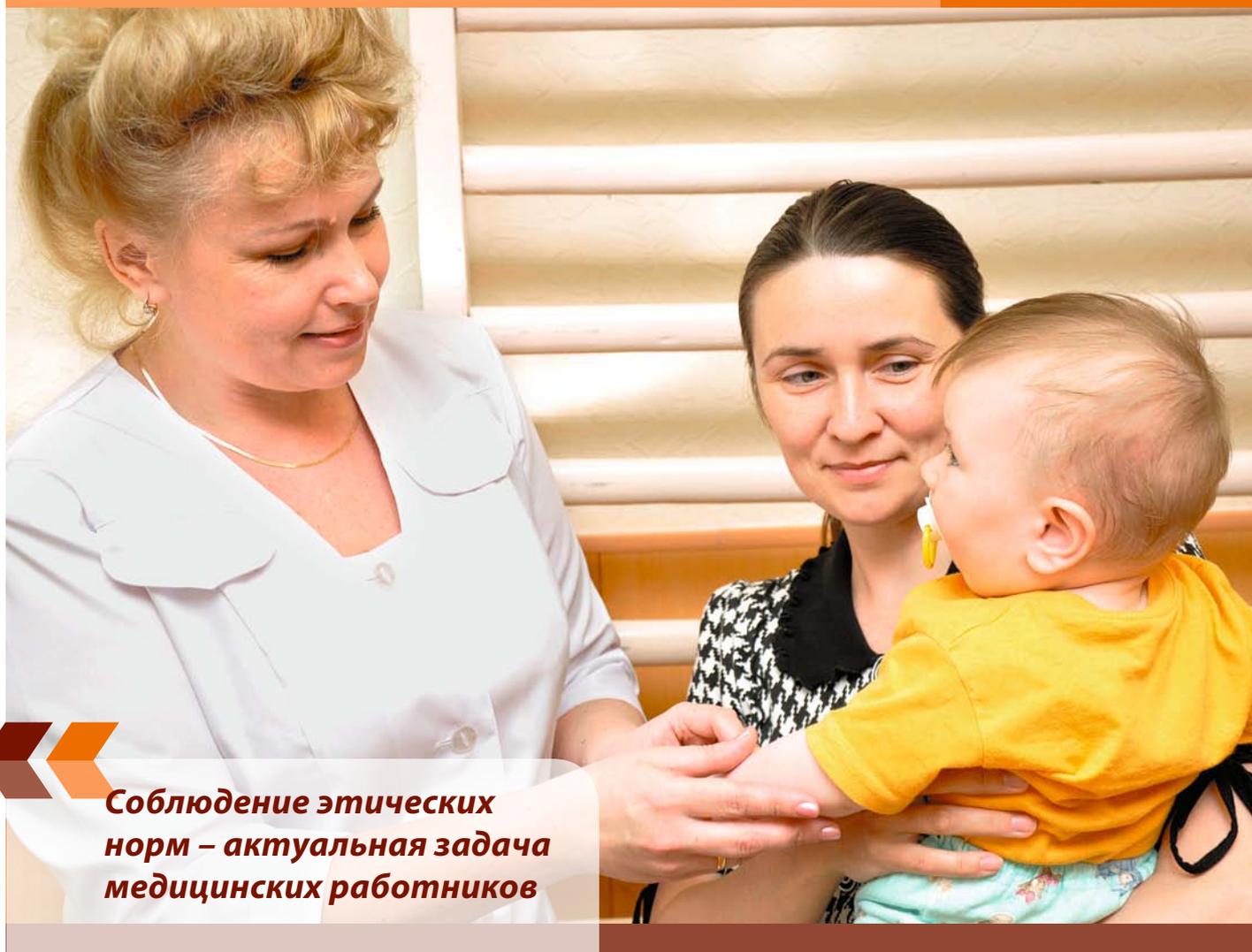


ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 4/4 2011



Соблюдение этических норм – актуальная задача медицинских работников



стр. 17

От Школы пациентов – к ярмарке здоровья



стр. 24

ВОЗ: сестринские и акушерские ассоциации в центре внимания



стр. 33

Сестра-анестезист на страже безопасности пациентов

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



Уважаемые коллеги и читатели Вестника!

Позвольте подвести краткие итоги работы Ассоциации в 2011 году, рассказать о тех событиях, которые не оставили нас равнодушными.

Надеюсь, что многие из вас помнят – Ассоциация взяла курс на формирование специализированных секций. В течение 2011 года такие секции были сформированы, но, мы не спешим говорить об окончании этого процесса. Двери созданных секций будут открыты для специалистов, которые найдут в себе желание и готовность сотрудничать, предлагать, инициировать и осуществлять работу совместно с коллегами из других регионов.

Ассоциация сделала важные шаги по развитию сотрудничества со специализированными организациями за рубежом. Двигателем последующих действий, контактов, совместных проектов станут именно члены наших секций.

Представители РАМС приняли участие в важном политическом событии года – VIII Всероссийском Пироговском съезде, где мы смогли заявить о проблемах отрасли, о конструктивных предложениях сестринского сообщества.

Этой осенью Ассоциация провела две Всероссийские конференции. Во исполнение принятой стратегии мы уделяем повышенное внимание вопросам этики в работе сестринского персонала. Эта задача встретила большой отклик со стороны членов организации, что полностью подтвердило участие медицинских сестер с интересными и содержательными докладами на Всероссийской конференции «Этика в сестринском деле», состоявшейся в Иваново, а также проведение мероприятий с аналогичной тематикой многими региональными организациями. На страницах этого выпуска Вестника вы познакомитесь

■ **В канун парламентских выборов и в надежде на положительное решение Ассоциация медицинских сестер России направила обращение в адрес премьер-министра страны В.В. Путина с просьбой об учреждении ежегодного государственного конкурса «Медицинская сестра года».**

с содержанием дискуссии, состоявшейся в ходе этой конференции.

В следующем выпуске журнала мы разместим материал о другом крупном мероприятии РАМС – Всероссийской конференции «Роль сестринского персонала в первичном секторе здравоохранения». Это мероприятие вызвало не меньший интерес со стороны специалистов. И не удивительно – в рамках модернизации здравоохранения упор делается именно на первичный сектор, тем самым ставится задача успешной профилактики, помощи пациентам с хронической патологией в амбулаторных условиях. Медицинские сестры активно наращивают потенциал своих знаний, разрабатывают и внедряют новые эффективные стратегии работы с населением, открывают школы для пациентов, проводят массовые ярмарки здоровья, проявляют лидерство в вопросах информатизации работы сестринских служб в первичном секторе здравоохранения.

С формированием секций более активным становится участие РАМС в политике государства в области охраны здоровья населения. Так, в ноябре 2011 г. для участия в заседании рабочей группы по репродуктивному здоровью населения Совета Федерации Ассоциацией была направлена руководитель секции по специальности «Акушерское дело». Тем самым была выполнена задача – довести до политиков ключевую роль акушерского и сестринского персонала в обучении и формировании у населения ответственности за сохранение репродуктивного здоровья.

В течение осени Ассоциация принимала работы на инициированный ранее Всероссийский конкурс «Медицинская сестра года». Забегая вперед, хочется отметить не только высокий интерес к этому событию – на конкурс поступило более 200 работ, но и высокий профессионализм конкур-

сантов, а также большую заинтересованность учреждений здравоохранения в поддержке и признании труда медицинских сестер. Подавляющее большинство конкурсных работ сопровождалось видео материалами о конкурсантах, их достижениях, тех манипуляциях, высококлассное проведение которых достойно всеобщего признания.

Многие лидеры Ассоциации знают, что в течение многих лет РАМС боролась за то, чтобы конкурс «Сестра года» приобрел в России статус государственного, проводился бы ежегодно наравне с конкурсом «Врач года». Инициировав это мероприятие в 2011, мы как никогда ранее близко подошли к заветной цели. В канун парламентских выборов соответствующее обращение РАМС было направлено в адрес руководителя партии Единая Россия и председателя Правительства РФ В.В. Путина. К сожалению, к моменту выпуска журнала в тираж ответа в адрес РАМС не поступило, но об итогах этого обращения мы обязательно проинформируем всех лидеров и членов организации. Искренне верим, что Правительство не пойдет по пути поиска контраргументов, и профессиональные достижения, подвижничество, лидерство сестринского персонала отныне будут встречать признание всей страны.

Дорогие коллеги! В канун Нового Года мне хочется поблагодарить всех членов Ассоциации и читателей Вестника за активное участие в общественной деятельности, за поддержку, общественную инициативу. Хочется верить, что наступающий год станет для Вас и для сестринского дела успешным и знаменательным – ведь все мы вместе отметим значимый 20-летний Юбилей Общероссийского общественного движения медицинских сестер. Счастья, крепкого здоровья, благополучия всем Вам и Вашим близким в 2012 году!

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



На обложке: Никитина Наталья Александровна, старшая м/с детского ортопедического отделения госпиталя ветеранов войн, призер творческого конкурса РАМС «Этика своими глазами»

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ

Перспективы общественной работы в Красноярске	стр. 4
Круглый стол в Костроме – задан новый вектор развития профессиональной ассоциации	стр. 25

НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ

Этические основы сестринской практики - конференция в г. Иваново	стр. 6
------------------------------------------------------------------	--------

СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ВСО – на пути к самостоятельной профессии	стр. 27
Формулировка вопросов для внедрения доказательной практики	стр. 37

ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА

Хулиганство на рабочем месте: явления буллинга в сестринской профессии	стр. 8
Помощь пациентам с ожогами	стр. 10
Последовательность анестезиологического пособия при кардиохирургической операции	стр. 33

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Восток-Запад: заседание Европейского форума ВОЗ	стр. 24
-------------------------------------------------	---------

ГЕРОИ НАШЕГО ВРЕМЕНИ

Поворот судьбы	стр. 16
----------------	---------

ВОПРОСЫ ЭТИКИ

Не скрывать от пациента правду – значит проявлять к нему уважение	стр. 32
-------------------------------------------------------------------	---------

ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Медицинские сестры эндоскопических отделений – процедурные, операционные или палатные?	стр. 39
----------------------------------------------------------------------------------------	---------

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 01.12.2011. Отпечатано в типографии ООО «Береста». 196084, Россия, Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ №1552. Тираж 11 500. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет.

СОТРУДНИЧЕСТВО С АВТОРАМИ

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

ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

Подписка на журнал «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» осуществляется через редакцию – **офис РАМС**. 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. **Подробная информация о подписке и размещении публикаций – на сайте РАМС: www.medsestre.ru**

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

Ассоциация медицинских сестёр 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 сестёр 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 сестёр 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 сестёр
- 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»

Поступай с пациентом так, как ты хотел бы, чтобы поступали с тобой



Н.В. Никитина

Президент Вологодской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела»



Н.Н. Байрамова

Старшая мед. сестра отделения недоношенных детей БУЗ ВО «Вологодская областная детская больница»

12 октября 2011 года на базе БОУ СПО ВО «Вологодский областной медицинский колледж» состоялась областная научно-практическая конференция для специалистов сестринского дела «Юридическое обеспечение медицинской деятельности», в которой приняли участие медицинские сестры лечебно-профилактических учреждений Вологодской области.

Конференция была организована департаментом здравоохранения Вологодской области при участии Вологодской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела» и посвящена наиболее актуальным на сегодняшний день темам: «Виды юридической ответ-

ственности медицинских работников. Понятие и классификация дефектов оказания медицинской помощи», «Ошибки в работе медицинской сестры, этические и юридические аспекты», «Ошибки в общении медицинской сестры с пациентами», «Критерии оценки качества и экспертный контроль сестринской помощи».

Актуальность представленных тем конференции не вызывает сомнений. Особое внимание хотелось бы уделить двум темам, которые вызвали наибольший интерес у слушателей – «Ошибки в работе медицинской сестры, этические и юридические аспекты», «Ошибки в общении медицинской сестры с пациентами».

В медицине, где основополагающими элементами являются гуманность и милосердие, этическое начало традиционно имеет большое значение. Система ценностей сестринского дела выражается в профессионализме, медицинской этике, культуре и в немалой степени определяет лицо здравоохранения. Медицинские ошибки дорого обходятся пациентам, поэтому законодательство предусматривает для медицинского персонала разные виды ответственности – гражданско-правовую, административную, дисциплинарную и уголовную. Решающее и осново-

полагающее значение во всей медицинской деятельности имеет сам медицинский работник, со своим внутренним отношением к выбранной профессии, осознанием своей личной ответственности, как морально-этической, так и юридической. В современных условиях основополагающий принцип медицины «Не навреди» все чаще вступает в противоречие с тревожными сигналами о неблагоприятных исходах лечения и ухода, случаями оказания ненадлежащей

медицинской помощи, ухудшением здоровья и инвалидизацией пациентов в результате контакта с системой здравоохранения.

Для России проблема обеспечения безопасности пациентов более чем актуальна. По данным специальных исследований выявлено, что медицинские ошибки в 80–85% случаев являются причиной осложнения заболеваний, зачастую приводящих к тяжелому клиническому, а иногда летальному исходу. Основную ответственность медицинская сестра несет перед теми, кто нуждается в ее помощи.

Ошибки общения не так заметны, но не менее значимы для пациента, чем физический или материальный вред. Моральный вред – нарушение этических принципов, это основные ошибки общения, наносимые медицинской сестрой пациенту, при оказании ему медицинской помощи. Медицинская этика постоянно развивается, возрастает и ее значение. Медицинская сестра как личность в социальном и психологическом плане не ограничивается «узкой» лечебно-профилактической деятельностью, а участвует в решении сложных проблем воспитания и повышения общего культурного уровня населения. Возрастает и значение медико-психологических аспектов



этики, т. к. естественные и социальные последствия научно-технического прогресса приводят к возрастанию психоэмоциональной напряженности во взаимоотношениях между людьми, и, в частности, в общении между медицинскими сестрами и пациентами. Назрела настоятельная необходимость более качественного обучения медицинских сестер этическим принципам и навыкам позитивного общения.

Медицина является наиболее сложной формой человеческой деятельности, требующей глубоких специальных знаний, практических навыков, высоких

душевных качеств. На протяжении веков к представителям медицинской профессии предъявлялись требования о недопущении ошибок. Через все выступления конференции красной строкой прозвучал: тезис – «Поступай с пациентом так, как ты хотел бы, чтобы поступали с тобой», и основной принцип медицины: «Не навреди», которыми должны руководствоваться в своей профессиональной деятельности все медицинские сестры. В рамках работы конференции также обсуждались правовые аспекты обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия

населения и нормативные требования к качеству иммунопрофилактики.

В заключение выступила президент Вологодской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела» Н.В. Никитина. Рассказала участникам о перспективах развития региональной общественной организации. По отзывам участников, конференция прошла на высоком уровне, медицинские сестры приобрели важный опыт по данным вопросам и смогут реализовать его в своей профессиональной деятельности.

Красноярский край: перспективы общественной работы



■ Н.Д. Фалеева

Руководитель Красноярской региональной ассоциации средних медицинских работников, заместитель председателя секции «Операционное дело» Российской Ассоциации медицинских сестер

Реализуя программу модернизации здравоохранения, лечебные учреждения должны быть укомплектованы специалистами, имеющими высокую профессиональную компетенцию, для оказания высокотехнологичной помощи населению.

На совещании с преподавателями и директорами медицинских учебных заведений министр здравоохранения Красноярского края В.Н. Янин озвучил цифры, характеризующие ситуацию по кадровому обеспечению сестринским персоналом:

- Укомплектованность средним медперсоналом по краю – 69%;
- Краевые больницы – 72%;
- Соотношение врач–медсестра – 1:2.

«Низкий уровень знаний, отсутствие методической литературы, низкая эффективность профилактических мероприятий, утраченные профессиональные навыки, внешний вид медицинских сестер», – так сформулировал свое видение проблем главный врач онкологического диспансера А.А. Модестов. Все однозначно резюмировали: «Необходимо повышать престиж профессии!»

Встречаясь с коллективами медицинских сестер, я вижу, насколько далеко отошли друг от друга чиновники и люди, которые ежедневно, негромко и без пафоса делают свое дело – спасают человечество от бед! В нашем крае работают профессиональные кадры, есть и случайные люди, но они, как правило, уходят из профессии. Медицинские сестры готовы учиться, участвовать в се-

минарах, научно-практических конференциях, читать современную литературу, только возможности такой у них нет. За год прошла одна конференция – поздравление к Международному дню медицинской сестры.

Члены правления ассоциации, имея большой опыт, энтузиазм и здоровые амбиции, немало делают для повышения уровня знаний среднего медперсонала в своих лечебных учреждениях; членство в ассоциации дает возможность получать журналы, справочники по направлению деятельности, внедрять инновационные технологии в работу.

Участвуя в заседаниях Координационного Совета РАМС, поддерживая с офисом постоянную связь, я рассылаю по ЛПО информацию о проводимых мероприятиях. В этом году наша ассоциация





получила квоту для обучения по направлению «Фтизиатрия» в рамках международного проекта РАМС. Делегация края участвовала в работе Международного конгресса в г. Санкт-Петербурге, достойно представив свой регион в творческом конкурсе фоторабот.

За два года работы ассоциации две медицинские сестры награждены Почетным знаком «За верность профессии», пять медицинских сестер – Почетной грамотой РАМС и более пятидесяти – благодарственными письмами и денежными премиями региональной ассоциации. По инициативе ассоциации медицинские сестры нашего региона публикуют статьи в российских журналах, делятся своим опытом. Красноярская ассоциация получает весьма положительные отзывы коллег из других регионов на эти публикации, на работу сестер и нашего общественного движения.

В этом году мы организовали и провели конкурс профессионального мастерства «Лучшая старшая медицинская сестра»; событие имело широкий позитивный резонанс, все единодушно сошлись во мнении, что конкурс должен стать ежегодным мероприятием – своего рода смотром и одновременно праздником для краевых медицинских работников.

Профессиональную и культурную жизнь медицинских сестер края можно сделать более насыщенной, но для этого нужна не только инициатива пока еще не-

крепшей общественной организации, но заинтересованность регионального Минздрава, нужен профессиональный внештатный специалист, действительно желающий сделать нашу профессию престижной. Необходим активный и конструктивный диалог, в котором все стороны будут идти навстречу друг другу. Для сторон, глубоко заинтересованных в реальной модернизации здравоохранения, это самый верный путь.

На сегодняшний день взаимоотношения руководителя региональной ассоциации и специалиста Минздрава, курирующего сестринское дело края, точно характеризует выступление президента Ассоциации медицинских работников г. Новосибирска на совещании с Председателем Правительства В.В. Путиным: «...понравился министру здравоохранения – подпишет соглашение, не понравился – не подпишет». Так, ассоциации любезно разрешили проводить СВОИ мероприятия после окончания рабочего дня...

Вот таков уровень доверия и уважения к нам, представителям профессии, престиж которой призывают поднять наши руководители!

Между тем уважение к делам ассоциации растет, специалисты сестринского дела края о нас знают, звонят с просьбами, вопросами, жалобами, и еще два лечебных учреждения края выразили желание вступить в наши ряды!

НОВОСТИ КОРОТКОЙ СТРОКОЙ

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО РАМС

В конце сентября 2011 г. президент РАМС была избрана вице-председателем Европейского Форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций и ВОЗ, что стратегически сблизит организацию с руководителями Европейского бюро, позволит настаивать на поддержке в решении актуальных проблем сестринской практики и образования.

Месяцем ранее В.А. Саркисова была приглашена в научный комитет Международного Совета Медсестер. В его составе всего 6 человек, представляющих разные континенты и объединенных задачей подготовки следующего съезда Международного Совета, который состоится летом 2013 года в Мельбурне, Австралия.

Документы РАМС на вступление в Европейскую ассоциацию операционных медсестер приняты к рассмотрению правлением ЕОРНА. Тем временем РАМС уже обсуждает планы масштабного сотрудничества с европейскими коллегами при поддержке компании Анселл. Среди возможных направлений – проведение сестринских исследований, создание и оснащение методических кабинетов в ЛПУ, участие делегатов секции операционных сестер в международных конференциях.

С развитием секций связана и еще одна из международных инициатив. Совсем недавно в РАМС поступило предложение о членстве в Международной Федерации сестер-анестезистов. По мнению президента федерации, г-на Хокмана, мировое сообщество исключительно заинтересовано в изучении ценного и прогрессивного опыта российских медсестер.

В ноябре участникам Всероссийской конференции в Санкт-Петербурге были представлены первые итоги совместной работы РАМС и Сообщества сестер инфузионной терапии при поддержке компании BD – «Единый стандарт периферического венозного доступа». Документ разработан на основе российской практики, мирового опыта и научных данных, прошел апробацию в нескольких клиниках Санкт-Петербурга и Ленинградской области, направлен на согласование в МЗСР РФ.

Эта работа демонстрирует приверженность РАМС внедрению доказательной практики – задачи, актуальной для медицинских сестер всего мира, что полностью подтверждается девизом Международного Дня медицинской сестры 2012 года, призывающего медицинских сестер к активному использованию на практике научных данных, внедрению доказательной медицины.

УЧАСТНИКИ ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ РАМС ОБСУДИЛИ ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ



Т.В. Кудрина

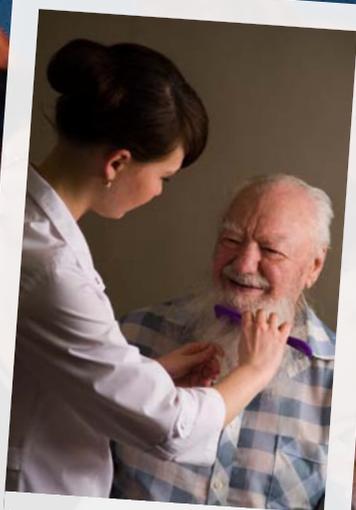
Член правления РАМС, президент Ивановской региональной ассоциации медсестер, заместитель руководителя отдела кадров Департамента здравоохранения Ивановской области

120 делегатов из 25 субъектов РФ встретились 6 и 7 октября в г. Иваново для обсуждения актуальных вопросов этики на конференции, организованной совместными усилиями РАМС и региональной организации. Обсуждение этических норм, этики человеческих взаимоотношений в сфере здравоохранения, профессиональных и этических ошибок в работе медицинских работников сделали программу конференции исключительно интересной и насыщенной.

Важность обсуждаемых вопросов подтвердил высокий интерес к конференции со стороны администрации и высшей школы – специальными го-

стями мероприятия стали заместитель начальника Департамента здравоохранения Ивановской области – Л.Н. Лукина и ректор ИвГМА, д. м. н., профессор Е.В. Борзов.

Открывая конференцию, президент РАМС В.А. Саркисова рассказала о непосредственной связи вопросов этики с вопросами политики в здравоохранении, о том, какие действия предпринимает для решения наиболее актуальных проблем российская ассоциация. «Все мы глубоко заинтересованы в том, чтобы каждый медицинский работник строго соблюдал нормы этики и морали. Но для того чтобы это стало реальностью, нужны глобальные преобразования.



1 место



2 место



Награждение

ждам пациентов, равнодушие и грубость». В ответ на эти проблемы Ассоциация работает над внедрением Этического кодекса медицинской сестры России, принимает участие в работе различных комиссий и рабочих групп по нагрузкам на персонал, по профессиональной безопасности, по качеству подготовки кадров; проводит конкурсы профессионального мастерства, демонстрируя, что образцовой практике всегда сопутствует безупречное соблюдение этических норм.

Большой интерес у участников конференции вызвали выступления доцента кафедры общественного здоровья и здравоохранения, медицинской информатики и истории медицины ИвГМА, к. м. н. Д.Л. Мушниковой на тему «Методические и этические аспекты этики межличностных отношений в здравоохранении»; заместителя директора НИИ Мид им. В.Н. Городскова, д. м. н., профессора С.Б. Назарова с докладом «Вопросы биоэтики».

Вопросу профессиональных компетенций был посвящен доклад декана факультета МВСО, зав. кафедрой сестринского дела ИвГМА, д. м. н., профессора Т.В. Рябчиковой. С большим интересом был заслушан доклад доцента кафедры теории управления Ивановского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, к. и. н. А.В. Кокшарова.

Т.В. Кудрина, рассказав о деятельности Ивановской профессиональной ассоциации, подробнее остановилась на вопросах деятельности Этического комитета РАМС, руководителем которого Татьяна Валентиновна стала после отчетно-выборной конференции РАМС в 2010 году. В течение года комитетом осуществлялся анализ и отбор наиболее распространенных этических проблем, возникающих в практике сестринского персонала. Самые сложные ситуации направлялись для дальнейшей проработки и консультаций в адрес американских специалистов в области медицинской этики. Отдельные ситуации получали разрешение в рамках комитета.

Самой важной задачей комитета на 2011 год стало проведение Всероссийской конференции по этике. Во-первых, чтобы активизировать дискуссию, во-вторых, чтобы найти соратников и сформировать более широкий комитет

с привлечением специалистов из разных регионов. Надо сказать, что во время конференции состоялись секционные заседания, участниками одного из них стали руководители Этических комитетов из регионов России – здесь обсуждалась и формировалась стратегия работы Этического комитета РАМС на будущее. В рамках второй секции участники конференции, применяя собственные знания и опыт, имели возможность обсудить и разрешить непростые этические дилеммы. По мнению большинства участников, конференция получилась интересной, живой, и безусловно должна стать традиционной.

Практическим результатом мероприятия стала Резолюция, определившая дальнейшую работу общественного движения по внедрению Этического кодекса медицинской сестры России, повышению эффективности работы этических комитетов, созданию практикума по решению этических дилемм, развитию этической дискуссии среди медицинских сестер. Участники конференции согласились с тем, что знание теории не всегда ведет к правильным действиям на практике, что сообщество медсестер пока не всегда готово к открытому обсуждению этических проблем. Именно этими вопросами и займется в ближайшие годы Этический комитет РАМС под руководством Т.В. Кудриной.

Возвращаясь к событиям конференции отметим, что ее финальным аккордом стало подведение итогов Всероссийского творческого конкурса «Этика своими глазами» и награждение победителей грамотами и ценными подарками. Первое место в конкурсе было присуждено С.В. Силиной – главной медицинской сестре Пермского краевого госпиталя ВОВ. Второе почетное место было присуждено И.В. Горячевой – медицинской сестре отделения сестринского ухода ГУЗ «Областной психиатрической больницы им. К.Р. Евграфова» (г. Пенза). Третье место было присуждено Н.А. Никитиной – старшей медицинской сестре детского ортопедического отделения госпиталя ВОВ (г. Кострома). Работы победителей и участников конкурса будут регулярно появляться на обложке журнала «Вестник Ассоциации», символизируя приверженность организации задаче укрепления этических основ сестринской практики.

Нормы этики должны быть реализованы на всех уровнях управления здравоохранением, в том числе при распределении ресурсов. Любая проблема нашей отрасли имеет значимый этический контекст. Неадекватная оплата труда, нехватка материальных ресурсов, не всегда качественная подготовка персонала, отсутствие гарантий профессиональной безопасности и страхования профессиональных рисков, высокая нагрузка – все это в том числе и этические вопросы. В случае неблагоприятия по этим направлениям, речь идет о вреде, который отражается и на медицинских работниках, и на пациентах. За такими проблемами по цепочке тянутся невнимания к ну-

ХУЛИГАНСТВО НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

ЯВЛЕНИЯ БУЛЛИНГА В СЕСТРИНСКОЙ ПРОФЕССИИ



■ **Джудит А. Весси,**

к. м. н., магистр делового администрирования, член Американской академии сестринских наук, профессор сестринского дела Бостонского колледжа им. Уильяма Ф. Коннела



■ **В.Г. Царева,**

президент Региональной общественной организации медицинских сестер г. Москвы; заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом Московского госпиталя ветеранов войн № 3

Одним из качеств медицинских сестер, вызывающих уважение, является заботливое отношение к окружающим. Проявление заботы помогает сохранению и повышению благополучия людей, является непременным условием качественного сестринского ухода. Чтобы ухаживать за пациентами, надо научиться заботиться и о своих коллегах; в учреждении должны установиться хорошие взаимоотношения между медицинскими сестрами, врачами, административными работниками. К сожалению, слишком часто об этом приходится только мечтать, слишком часто медицинские сестры невнимательны по отношению друг к другу.



Атмосфера в учреждении может оказаться зараженной недоброжелательством и злобой. Нередко медсестры переживают трудности, утрачивают силу духа из-за нападок и грубости со стороны коллег. Если такие явления возникают, а затем с течением времени нарастают и усугубляются, речь идет о буллинге. Буллинг – это регулярное грубое, жестокое, устрашающее, обидное или оскорбительное поведение со стороны лица, которое: обладает или считает себя обладателем больших полномочий и власти по сравнению с жертвой; совершает свои поступки преднамеренно, стремясь нанести психологический или физический вред.

Звучит устрашающе, тем не менее, данное явление существует в различных сферах экономической деятельности, равно как и исследования, направленные на выработку контрмер против буллинга.

Буллинг в сестринском деле

Буллинг не имеет государственных границ и характерен как явление для медсестер всех стран, однако признание этого явления в профессиональной среде в зависимости от страны варьируется. Точные масштабы буллинга

не изучены, зато известно, что буллинг является распространенной и губительной угрозой профессиональной деятельности. Сегодня во всем мире в профессиональной жизни медсестер проблеме буллинга уделяется все больше внимания; отдельные типы поведения медсестер получают определение не соответствующих норме, неприемлемых в профессиональной культуре общения и связываются с понятием буллинга. Даже с учетом признания присутствия буллинга явление это распространяется, значительная часть эпизодов остаются для общества незаметными и неузнанными.

Буллинг чаще возникает в оперблоках и отделениях реанимации.

Буллинг возникает по многим причинам. Например, растущие и конкурентные потребности в рамках системы здравоохранения могут способствовать буллингу. Нагрузка на сестринский персонал – невыносимой, пациенты становятся все более больными, в связи с чем задача поддержки профессионального уровня, знания новых технологий, процедур и медикаментов превращается в серьезный вызов. Медсестры в таких условиях часто сталкиваются с вынужденными переработками, иногда обязательными сверхурочными – уровень стресса, неудовлетворенности растут, приводя к выгоранию. В данных условиях буллинг

может возникнуть как средство справиться с ситуацией, добиться стабильности в хаотической внешней среде.

Ранее буллинг считался явлением, которое могло иметь место во взаимоотношениях врачей и медицинских сестер. Тем не менее последние исследования показывают, что буллинг гораздо в большей степени характерен и проявляется именно между медицинскими сестрами, чем между медсестрами и врачами или медсестрами и другими работниками здравоохранения. Внутрипрофессиональный буллинг составляет острейшую проблему, поскольку он открывает двери и содействует межпрофессиональному буллингу.

Большинству медицинских сестер известны крайние проявления буллинга – физическое насилие или угрозы, которым нельзя ничего противопоставить. Но есть и другие варианты буллинга, не столь ярко проявляющегося и в этой связи часто остающегося без должного внимания и реакции. Например, отказ медицинской сестре в ресурсах, необходимых для работы, беспричинные придирки и необоснованные требования, распространение слухов среди сотрудников, обсуждение за спиной. Жертва буллинга может скрывать такие неприятные инциденты по отношению к себе из-за опасений, что о ней же потом скажут «вот, подняла шумиху на ровном месте», или из-за того, что не отождествляет негативное к себе поведение с буллингом.

Со слабыми проявлениями буллинга мы знакомимся еще в школе. Между девочками буллинг проявляется во взаимоотношениях в виде остракизма (гонений), ругательств, распространения слухов, чаще является завуалированным и не приобретает форм публичного буллинга или физической агрессии. Усвоенные в школьные годы формы проявления буллинга нередко переносятся и во взрослую жизнь.

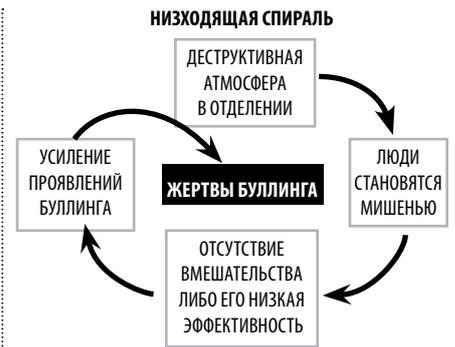
Содержание буллинга определяется идеями и восприятием людьми культуры на рабочем месте. Отношение к буллингу как нормальному элементу взаимоотношений в коллективе означает, что буллинг разрешается. С более высокой регулярностью буллинг возникает в тех отделениях, где технические знания ценят выше коммуникационной компетентности, а это

операционные и отделения интенсивной терапии. Сотрудников, гармонично чувствующих себя в такой среде, считают сильными и гибкими. Притом что буллинг можно обнаружить в любом лечебном учреждении, хуже всего дела обстоят там, где не существует системы противодействия буллингу. Профессиональный буллинг расцветает в условиях управленческой неадекватности, в больницах и отделениях, где ему потворствуют или закрывают глаза. Если буллинг возникает в учреждении, где царит «культура молчания», страх расплаты или ощущение того, что «ничего все равно не изменится», эффективно перекрывают кислород обсуждению и борьбе с негативным явлением.

Жертвами буллинга обычно становятся те, кто отличается от всего коллектива – молодые, младшие по должности. Зачинщиками чаще становятся сестры-менеджеры.

Жертвы, инициаторы и молчаливые свидетели буллинга

Жертвами буллинга обычно становятся те, кто чем-то отличается от всей группы сотрудников – расовой, этнической или национальной принадлежностью, возрастом или полом. Наибольшему риску стать жертвой буллинга подвержены новые медицинские сестры, недавно поступившие на работу. Часто они моложе, менее опытные, не в полной мере уверены в своих действиях при выполнении профессиональных обязанностей, менее знакомы с внутренней культурой учреждения, теми нормами, которые приняты среди новых коллег. В случаях, когда буллинг в отношении новых медсестер остается незамеченным, когда руководитель сестринской службы не применяет контрмер – как жертва, так и зачинщик нападок остаются при мнении, что данное поведение считается приемлемым.



Молодые специалисты могут столкнуться с нисходящей спиралью враждебных нападок, еще сильнее разгорающихся в случае покорного принятия или слабого протеста. Результатом этого часто становится открытый буллинг.

Зачинщиком может быть медицинская сестра. Тем не менее во многих странах обнаруживаются свидетельства того, что чаще всего инициаторами и зачинщиками агрессии становятся сестры-менеджеры. Обладая определенным более высоким уровнем власти, они могут выбирать в качестве мишеней как слабых, так и сильных подчиненных, чтобы потренироваться в применении власти или далее продвинуться по службе. Руководители медсестер, практикующие буллинг, со временем теряют моральный облик; их «болезнь» оказывается заразной и распространяется на других сотрудников.

Медицинские сестры часто сообщают о том, что были свидетелем буллинга, но мало кто из них знаком с тем, как эффективно противостоять агрессии. Когда свидетели буллинга хранят молчание и не вмешиваются, даже если они презирают зачинщиков, они тем самым превращаются в соучастников, формируют среду оправдания эпизодов буллинга, свидетелями которых они стали.



ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ОЖОГАМИ

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



■ Н.Г. Сергиенко
Старшая медсестра ожогового отделения Красноярской краевой клинической больницы

Лечение ожоговых больных – длительный и трудоемкий процесс. Полное выздоровление пациента даже при незначительных травмах наступает в течение месяца. При более серьезных повреждениях кожи и других органов время лечения, физической и психологической реабилитации значительно увеличивается, может исчисляться не только месяцами, но и годами, потому что часто приходится применять многоэтапные операционные вмешательства: некрэктомию, аутодермопластику.

Любое хирургическое вмешательство для больного по сути, является хирургической агрессией. Пациент при этом испытывает не только физическую

травму, но и психологическую, что значительно увеличивает период восстановления его трудоспособности и возвращения к нормальному образу жизни. Больной в таком состоянии подсознательно ищет человека, который помог бы ему уменьшить эти ощущения. И таким человеком, как правило, становится именно медсестра.

Объяснение такому выбору очевидно: именно с медсестрой больному приходится чаще других, включая даже родственников, общаться в этот сложный жизненный период: передавать свои болевые ощущения, просить помощи, совета. Поэтому в Краевом ожоговом центре устоялась такая модель отношений «медицинская сестра–пациент», в которой максимальное время уделено дооперационному и послеоперационному периоду.

Проработав ряд литературных изданий и выбрав нужную информацию по этому направлению, мы решили разработать карты наблюдения за пациентами до и после операций. С сентября 2007 года в отделении мы стали вести карты периоперативного процесса, которые открываются накануне операции и ведутся в течение трех дней после операции.

Специалисты Красноярского ожогового центра делятся интересным и важным опытом:

Хирурги нашего ожогового центра при перевязках ожоговых больных используют «болтушку» из «Апи-Хита» («Апи-Хит» + аминокaproновая кислота + антибиотик). Мы стараемся ежедневно не перевязывать наших больных, а эта «болтушка» позволяет нам несколько раз пропитывать этим составом повязки. Берем 2.0 мл шприц, набираем болтушку, напор при орошении получается достаточно сильным, что в принципе нам и нужно.

Медсестрам на заметку

1. В Красноярском ожоговом центре есть ванна, где купают больных. В ванну добавляют 3 флакона «Апи-Хита». Хвоя, смола которой входит в состав этого средства, обладает хорошим антибактериальным, ранозаживляющим действием. Если говорить об отдаленных косметических эффектах, рубец впоследствии после заживления раны получается не таким грубым – не так тяжело смотреть.

2. Если вы были в ожоговой реанимации, неважно в качестве кого, то наверняка обратили внимание на неприятный запах. Персонал, особенно медсестры, используют «Апи-Хит» – довольно неожиданно попробовали и это очень понравилось. На маску капают капелюшку этого средства, в результате – не чувствуются тяжелые запахи, и второе – его летучие компоненты дезинфицируют помещение. Это эксклюзивная разработка Красноярского ожогового центра. Применяем очень широко и предлагаем использовать в своей работе.

Хирургическая работа отделения

№ п/п	Показатели	2008 г.	2009 г.	2010 г.
1.	Число оперативных вмешательств	903	929	1113
2.	Хирургическая активность (%)	49,1	50,8	56
3.	Послеоперационные осложнения (%)	0,2%	0,2%	0,1%
4.	Средняя длительность пребывания больного на койке	18,7	18,4	18,3
5.	Средняя длительность пребывания оперированного больного на койке	32,1	31,3	30,4
6.	Средняя длительность пребывания больного на койке до операции	8,1	7,6	5,8

Надо сказать, что все медсестры ожогового центра приняли активное участие в исследовании, анализе полученных данных, на основании которых и были составлены карты. Позже мы их значительно усовершенствовали. За четыре года они претерпели значительное изменение в сравнении с начальным видом и стали нашим серьезным помощником в выживании ожоговых больных.

Мы ставили перед собой задачу выработать такой документ, который оказал бы серьезную помощь в работе с больными, помогая не только им, но и в какой-то мере защищая медсестер от синдрома выгорания. Считаю, что с непростой задачей коллектив справился.

Существуют исследования японских ученых, которые доказывают, что ввиду специфики и психологических трудностей работы с ожоговыми больными, синдром выгорания медперсонала начинается после шести лет работы с обожженными больными. В то же время стаж многих наших врачей и медсестер значительно превышает шестилетний временной порог.

Хотелось бы обратить ваше внимание на хирургические показатели работы ожогового отделения за последние четыре года. Периоперативный процесс в отделении ведется уже в течение 4 лет.

Из таблицы видно, что количество операций увеличилось с 903 в 2008 году до 1113 – в 2009 при общем снижении количества больных, а оперативная активность возросла с

50,8% до 56% по сравнению с прошлым годом. Увеличение количества операций и увеличение хирургической активности связано как с изменением тактики ведения пациентов, так и с увеличением количества хирургических некрэктоми, в том числе и у больных с обширными глубокими ожогами. Свою роль сыграло и внедрение новых технологий (вшивание экспандеров).

Прослеживается четкая тенденция к уменьшению длительности пребывания оперированного больного на койке, за 2010 год этот показатель уменьшился на 1,8 дня. Считаю, что такого показателя удалось добиться благодаря грамотной подготовке больных к операциям и профессиональному ведению больных в послеоперационный период, а также качественному уходу за пациентами медицинскими сестрами ожогового отделения и созданию благоприятного психологического климата, который способствует быстрейшему выздоровлению.

Параллельно с картами наблюдения мы разработали папку для родственников наших больных, где представлена информация по мероприятиям общего ухода за ожоговым больным, рациональному питанию, питьевому режиму, технике гигиенических процедур, стимулированию пациента к активации двигательного режима и выполнению дыхательной гимнастики. В этой папке разместили также информацию о режиме стационара и о роли родственников в выживании наших больных.

Дневник планирования сестринского ухода до операции

дата операции _____ № истории _____ № палаты _____

Ф.И. О. пациента _____ возраст _____

Диагноз _____ дата поступления _____

№ п/п	Уход перед операцией. Проблемы пациента и манипуляции по их устранению	Реализация сестринского ухода и наблюдения							
		Время наблюдения за пациентом							
	Проблемы пациента до операции	12.00–16.00	16.00–20.00	20.00–24.00	6.00–8.00	8.00–10.00	10.00–12.00	12.00–14.00	
	Тревога, связанная с хирургическим вмешательством								
	Нарушение сна								
	Предоперационная подготовка								
	Проведение диагностических исследований								
	РАК, ОАМ, Б\х, группа крови, и другие (сделать отметку, указать дату забора анализов) RW, Hbs								
	ЭКГ								
	Психологическая подготовка								
	АД\ t тела								
	Подготовка пациентов к операции								
	Гигиенический душ (частично/полностью)								
	Подготовка операционного поля (проведение перевязки)								
	Подготовка донорской поверхности								
	Очистительная клизма								
	Премедикация								
	Транспортировка в операционную (указать время)								
	Смена постельного белья								
	Примечания								
	Роспись медсестры								

Послеоперационное ведение пациентов	Реализация сестринского ухода и наблюдения														
	Дата:					Дата:					Дата:				
	8.00–10.00	10.00–12.00	12.00–14.00	14.00–16.00	16.00–18.00	18.00–20.00	20.00–22.00	22.00–24.00	24.00–8.00	8.00–16.00	16.00–24.00	24.00–8.00	8.00–16.00	16.00–24.00	24.00–8.00
Транспортировка пациентов в ОАИР № 4															
Функциональное состояние пациента:															
АД															
РС															
T тела															
ЧДД															
Профилактика послеоперационных осложнений															
Находится на спине без подушки с повернутой на бок головой															
Положение больного по рекомендации врача															
Кожные покровы															
Состояние донорской поверхности															
Состояние п\о повязки															
Смена повязки (первая перевязка)															
Профилактика пневмонии, дыхательная гимнастика, ЛФК															
Органы пищеварения и мочеиспускания															
Вздутие живота															
Стул															
Рвота															
Мочеиспускание (кол-во, самостоятельно, катетер)															
Профилактика пролежней															
Обработка кожных покровов (указать, чем)															
Применение подкладных кругов, валиков															
Уход за подключичным или периферическим катетером (промывание гепарином)															
Проведение гигиенических мероприятий:															
Смена постельного белья															
Умывание															
Уход за полостью рта															
Подмывание															
Поднятие пациента с кровати (на какой день)															
Роспись медсестры															

ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ КУПАНИЯ ПАЦИЕНТА С ОЖОГАМИ

СОВЕДУЮТ МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ

■ Йошкар-олинская
городская больница,
ожоговое отделение

Специфика хирургического стационара требует, чтобы своевременная и квалифицированная помощь оказывалась больным даже при занятости врача (например, в операционной). Это требует от среднего персонала уверенных профессиональных знаний и умений, сведенных в стандарты (протоколы) действий медицинской сестры при различных клинических ситуациях. В доступной нам литературе при всем ее разнообразии мы не встретили стандартов деятельности медицинской сестры именно ожогового отделения, а потому приступили к их разработке самостоятельно. Создавали их в тесном сотрудничестве врачей и сестер, может поэтому они получились, на наш взгляд, содержательными и доступными по форме. Особая нагрузка на медперсонал выпадает при поступлении больного в состоянии шока, которое требует незамедлительного оказания квалифицированной помощи и слаженной работы коллектива, где

каждый работник, врач и медсестра, знает свою работу и круг своих обязанностей и не ожидает дополнительных указаний. Не случайно, что первый созданный нами стандарт назывался «Последовательность мероприятий, проводимых медсестрой при поступлении тяжело обожженного в шоке». Неотложная и сложная ситуация возникает при поступлении больного с симптомами ингаляционной травмы, а потому не менее наболеем оказался стандарт «Тактика медицинской сестры по уходу за больными с ингаляционной травмой». Эти разработки были апробированы в повседневной работе и признаны удачными. В последующем были созданы очередные алгоритмы: «Тактика медицинской сестры при планировании купания пациента», которым мы и хотим поделиться.

Накануне купания:

1. За сутки предупредить больного и его родственников о предстоящей процедуре. Предложить родственникам принести мыло (хозяйственное, детское или любое другое с антибактериальным компонентом) и шампунь (лучше для детей).

2. Накануне следует провести беседу с пациентом о важности данной процедуры. Необходимо убедить его, что купание облегчит и сократит период заживления ран, так как с раневой поверхности механически удаляются остатки мази, раневое отделяемое вместе с огромным количеством бактерий, что в совокупности мешает заживлению более поверхностных ожогов.

3. Следует вселить в пациента уверенность в том, что после купания он испытает некоторое облегчение: зуд будет беспокоить меньше, возможно нормализуется температура. А если процедура выполняется накануне операции, то несомненно будет способствовать лучшему приживлению пересаженных кожных лоскутов.

4. При сохраняющемся беспокойстве пациента строго по назначению врача использовать транквилизаторы (реланиум или элениум) в сочетании со снотворными (фенобарбитал или этиаминал-натрий).

В день купания:

1. Медицинской сестре следует дать санитарке подробные инструкции по дезинфекции ванной, заполнении ее теплой (37°С) водой и разведении в ней перманганата калия до приобретения водой светло-розовой окраски. Заблаговременно согреть обогревателями воздух в ванной комнате.

2. Процедура выполняется после завтрака (медсестра должна проследить, чтобы больной хорошо покушал).

3. Измерить артериальное давление, пульс и температуру больного.

4. По предварительному назначению врача внутримышечно ввести наркотический анальгетик. Инфузионная терапия до купания не проводится.

5. Медсестра дополнительно контролирует готовность ванной.

6. Пациент перекладывается на каталку и транспортируется в ванную комнату.

7. Одновременно даются указания санитарке об обработке кровати и смене всех постельных принадлежностей больного.

8. Повязки осторожно разрезают по возможности в стороне от ран и погружают больного в ванную, следя за тем, чтобы уровень воды не приближался к подключичному катетеру.

9. Через 5–10 минут повязки медленно снимаются под водой.

10. В процессе купания следует контролировать самочувствие пациента, измерять пульс.

11. На открытые ожоговые раны промокающими движениями наносится мыльная пена, по периферии со здоровых участков кожи мыльными салфетками убираются остатки мази, отслоившийся эпидермис. При неповрежденном волосяном покрове голова моется шампунем. По окончании купания пациента споласкивают под слабой струей душа, осторожно перекладывают на каталку и транспортируют в палату.

12. В палате ожоговые раны следует слегка подсушить открытым способом при помощи электровентилятора с теплым потоком воздуха.

13. Измерить артериальное давление и пульс.

14. При необходимости выполнить инъекцию анальгетика, а при сильной боли – наркотического анальгетика (после соответствующего назначения врача).

15. Как только кожа больного подсохнет, к нему приглашаются перевязочные медсестры для наложения повязок.

16. Больного укладывают в постель и приступают к инфузионной терапии.



На работу – с радостью!

Любимая профессия, доброжелательная атмосфера в коллективе и хороший заработок – благодаря всему этому наши сограждане чувствуют себя счастливыми на работе. «Личные Деньги» предлагают вам ознакомиться с результатами исследований о рабочем счастье.

Как известно, благоприятный психологический климат в коллективе способствует сплоченности сотрудников, повышает их лояльность к организации и снижает текучесть кадров.

Эту точку зрения разделяет и каждый третий участник опроса, проведенного SuperJob.ru. По словам респондентов, счастливыми на рабочем месте они бывают в первую очередь благодаря общению с коллегами. При этом женщины, являясь существами более чувствительными и разговорчивыми, выбрали этот вариант ответа заметно чаще, чем мужчины.

Денежное вознаграждение назвали основным источником счастья на работе 30% респондентов. Интересно, что среди участников исследования, выбравших этот вариант ответа, мужчин и женщин практически поровну (30% и 29% соответственно).

С заметным отрывом в списке рабочих моментов, делающих наших сограждан счастливыми, следует «видимый результат от проделанной работы» – его назвали 9%.

По 8% признаются, что счастливыми на работе их делают интересные задания, хорошие отношения с руководством, а также сам рабочий процесс.

В свою очередь 3% россиян ощущают себя счастливыми на работе, когда добиваются определенных личных успехов. Такому же числу наших сограждан важнее, чтобы их работа приносила пользу другим – компании или обществу.

Удовлетворенность результатами собственного труда, карьерный рост, самореализация, хорошее оснащение рабочего места – без этих составляющих не мыслят счастья на работе по 3% опрошенных.

Для 2% респондентов ощущение счастья на работе напрямую связано с признанием их заслуг руководством, возможностью проявить инициативу и реализовать свой творческий потенциал, 100%-ной загруженностью делами и совершенствованием личных и профессиональных качеств.

Еще 2% россиян отметили, что счастливыми на работе они бывают лишь в предвкушении грядущего отпуска, перерыва на обед или выходных.

Отдельно отметим, что возможность заниматься делом, к которому лежит душа, – рецепт счастья 8% россиян. Кстати, в другом своем исследовании портал выяснил, что больше всего в свое дело влюблены архитекторы. Так, по словам 64% современных зодчих, однозначно довольных тем, чем они занимаются, больше всего в некогда выбранной профессии им импонируют возможность реализации творческого потенциала и достойный заработок.

Вторыми по уровню удовлетворенности своей профессией оказались программисты (61%), основными приоритетами которых также являются адекватная оплата труда и искренняя заинтересованность в работе.

Третье место рейтинга разделили врачи и кадровые работники (по 57%). Стоит отметить, что у многих представителей данных профессий несколько иные причины для того, чтобы считать себя довольными выбранной профессией. Так, немало врачей называют свою деятельность не иначе как призванием и божьим промыслом. Кадровики же удовлетворены профессией, поскольку она позволяет им общаться с людьми, участвуя в обучении персонала и формировании микроклимата в рабочем коллективе.

Довольны своей работой и более половины опрошенных сметчиков (52%), считая, что на сегодняшний день они весьма востребованы на рынке труда, а потому могут претендовать на достойный оклад.

Что делает Вас счастливым на работе

Укажите необходимое количество вариантов ответа:

Вариант ответа	Все	Мужчины	Женщины
Коллектив, общение с коллегами			
Принадлежность к сестринской профессии			
Денежное вознаграждение			
Достижение результата, выполнение поставленных задач			
Возможность заниматься любимым делом			
Интересная работа			
Отношение начальства			
Сам рабочий процесс			
Успехи			
Польза от проделанной работы			
Карьерный рост			
Возможность самореализации			
Хорошие условия труда, организации рабочего процесса			
Ничего, счастье не в работе			
Признание заслуг, уважение			
Возможность саморазвития, самосовершенствования			
Загруженность			
Перерыв на обед, окончание рабочего дня			
Творчество, инициатива, самостоятельность			
Другое			
Затрудняюсь / не хочу отвечать			

Положительный ответ на поставленный вопрос также дали по 50% проектировщиков, маркетологов и юристов. При этом проектировщики испытывают особую гордость от воплощения своих проектов, менеджеров по маркетингу радует креативная составляющая их работы, а также постоянное развитие этой сравнительно молодой сферы деятельности.

Юристы же свою любовь к профессии объясняют возможностью «защищать людей от несправедливости», а также тем, что знание законодательства и своих гражданских прав придает им уверенности в повседневной жизни.

Возвращаясь к другим причинам, делающих наших граждан счастливыми на работе, также указывались: стабильность и надежность компании-работодателя, высокий статус, который дает им занимаемая должность, наличие спортивного зала, двухразовое питание, отсутствие переработок и задержек, строго регламентированная продолжительность рабочего дня, наличие в офисе Интернета, корпо-

ративные мероприятия и командировки и даже флирт с коллегой по работе.

Затруднились ответить на предложенный вопрос 6% респондентов. «Еще не испытывала такого чувства»; «Такая работа мне еще не попадалась», – прокомментировали они.

К сожалению, специального опроса медицинских сестер на эту тему никто не проводил. Мы предлагаем руководителям сестринских служб провести анкетирование в своих коллективах и выяснить, что делает наших сестер счастливыми на работе. Возможно, ваш коллектив предстанет перед вами в другом свете, возможно, что анализ собранных данных поможет вам внести коррективы в организацию труда сотрудников.

Дополните графы вариантов ответа интересующими вас темами: например такими, как продолжительность рабочего дня, непрерывное обучение – повышение профессионализма, участие в общественной жизни, неформальное лидерство и другими.

Организация системы мероприятий контроля за туберкулезной инфекцией

В ГОСУДАРСТВЕННОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «МУРМАНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР»



■ **С.Э. Преснова,**
главный врач



■ **Е.Б. Шемякина,**
врач-эпидемиолог

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Мурманской области остается напряженной – ежегодно заболевают туберкулезом около 400 человек. Несмотря на снижение общей заболеваемости и смертности от туберкулеза, в 2010 году остаются высокими показатели: удельный вес бактериовыделителей среди вновь выявленных больных (54,6%), уровень первичной множественной лекарственной устойчивости (29%), доля умерших больных до года медицинского наблюдения (42,5%), количество больных сочетанной патологией ТБ и ВИЧ-инфекция (73 человека).

В 2000–2005 гг. наблюдался рост заболеваемости ТБ среди работников медицинских учреждений, в том числе противотуберкулезной службы. Заболеваемость сотрудников диспансера в этот период составляла 2252,25 на 100 тыс. населения. До 2005 года корпуса стационара учреждения не соответствовали требова-

ниям санитарного законодательства.

Все это подтверждало необходимость адекватного развития стратегии контроля за туберкулезом в учреждении.

Система мероприятий инфекционного контроля в ГУЗ «МОПТД» стала внедряться с 2003 года и строится на трех уровнях: административном (управленческом), техническом – контроль за состоянием окружающей среды и индивидуальном – защита органов дыхания работников.

Административный контроль

Является наиболее важным уровнем, заключается в использовании мер по профилактике образования инфекционного аэрозоля.

В ГУЗ «МОПТД»:

- Создана комиссия по инфекционному контролю, заседания проходят ежеквартально.
- Разработан план мероприятий ИК по структурным подразделениям.

- С 2001 года в рамках реализации целевых региональных программ проводится улучшение материально-технической базы.

В 2005–2009 годах введены в эксплуатацию после реконструкции корпуса для лечения больных с устойчивыми и чувствительными формами туберкулеза. В корпусах проведено выделение зон для пациентов и персонала, функционирует система приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, установлены воздухоочистители (рецирку-

ляторы) и ультрафиолетовые бактерицидные облучатели; пациенты размещены в двухместных палатах «отрицательного» давления. Планируется ввод в эксплуатацию хозяйственного корпуса, в котором будет размещено дезинфекционное отделение с участком обеззараживания медицинских отходов.

- Оказание медицинской помощи пациентам проводится в противоаэрозольных респираторах, пациентам с бактериовыделением выдаются одноразовые маски (салфетки).

- Разработаны документы, регламентирующие безопасные методы работы.

- Проводится разделение потоков пациентов с учетом бактериального статуса. Все медицинские манипуляции, обслуживание и питание пациентов проводится в палатах.

- Большое внимание уделяется обучению пациентов и персонала.

Ежегодно проводятся занятия со средним и младшим персоналом по вопросам соблюдения противоэпидемического и дезинфекционно-стерилизационного режимов, семинары по вопросам диагностики, лечения туберкулеза и

организации ИК. Организовано обучение пациентов по этикету кашля, дыхательной гигиене, использованию бумажных салфеток или масок, по правилам общения с родственниками и др.

С 2003 по 2010 год на базе ГУЗ «МОПТД» совместно с преподавателями Финской Ассоциации по здоровью легких проводился обучающий курс для медицинских сестер противотуберкулезных учреждений. Проведение очередного курса планируется в 2012 году.

Контроль окружающей среды (технический контроль)

Заключается в использовании мер, направленных на удаление (уменьшение) инфекционного аэрозоля в воздушной среде.

Мероприятия технического контроля являются «вторым рубежом» в проведении профилактики внутрибольничного распространения туберкулеза. Но при не соблюдении мер административного контроля, меры технического контроля будут неэффективны.

В ГУЗ «МОПТД»:

- Помещения лечебных отделений оборудованы система-



Тестирование респиратора на плотность прилегания с использованием люминесцирующего аэрозоля портативной установкой «Ингавит»



ми приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением. Установлен постоянный плановый контроль за работой вентиляции.

- Оборудованы комнаты (кабины) для сбора мокроты. Используется местная вентиляция с механическим побуждением (оконные вентиляторы).

- Для обеззараживания воздуха установлены ультрафиолетовые бактерицидные облучатели комбинированного типа. Бактерицидное облучение проводится только в отсутствие людей по графикам, ведется точный учёт времени работы бактерицидных ламп. Не реже одного раза в месяц бактерицидные лампы протираются от пыли 70%-ным этиловым спиртом.

Для обеззараживания воздуха в учреждении используются воздухоочистители (рециркуляторы). Эксплуатация данного оборудования проводится в соответствии с рекомендациями производителя.

Организовано проветривание палат и кабинетов.

Индивидуальная защита органов дыхания персонала

Заключается в использовании средств индивидуальной защиты органов дыхания работниками (противоаэрозольных респираторов). Данный раздел является дополнением к мерам административного и технического контроля.

В учреждении разработана программа использования респираторов.

Основным компонентом программы является индивидуальный подбор респиратора каждому работнику для обеспечения плотности его прилегания и исключения возможного подсоса инфекционного аэрозоля по полосе обтюрации. Проводится тестирование на плотность прилегания респиратора каждому работнику при устройстве на работу двумя способами:

- по методике, разработанной и утвержденной Минздравом РФ «Обнаружение локализации подсоса воздуха в подмасочное пространство средств индивидуальной защиты органов дыхания с помощью люминесцирующих аэрозолей» (МУ 2.2.8.1893-04), с использованием портативной установки «Ингавит» (ЗАО «Севзаппромэнерго»);

- по методике, разработанной и апробированной специалистами компании 3М и CDC, «Fit Test» с использованием химического вещества «Битрекс».

Используются противоаэрозольные респираторы 2 и 3 класса защиты: серии «Алина» (производитель «Севзаппромэнерго») и 93 серии (производитель «ЗМ»). При оказании хирургической медицинской помощи используются респираторы без клапана выдоха, что позволяет предотвратить обсеменение респираторных поверхностей.

Разработана Инструкция по эксплуатации противоаэрозольных респираторов, в которой отражены вопросы правильного надевания, снятия, хранения и утилизации респиратора.

С учетом риска инфицирования установлена потребность в респираторах, определены сроки их эксплуатации. Финансирование данного мероприятия предусмотрено в действующей региональной целевой программе.

Выводы:
В результате внедрения комплекса мероприятий по ИК с 2005 года не зарегистрированы случаи профессионального заражения туберкулезом работников.

Финансовые вложения в укрепление ИК в противотуберкулезных учреждениях приводят к предупреждению внутрибольничного распространения туберкулеза, защищая от заражения работников, пациентов и посетителей.


СЕВЗАПРОМЭНЕРГО
КОМПЛЕКС

WWW.SZPE.RU

Респираторы серии АЛИНА[®]

для работников медицины
и применения в учреждениях здравоохранения



АЛИНА[®] 116



АЛИНА[®] 216



АЛИНА[®] 316

Места протекания тестового аэрозоля в подмасочное пространство

при использовании медицинской маски при применении респиратора АЛИНА[®]



СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ

- возможный контакт с наиболее опасными возбудителями заболеваний
- повседневное применение в учреждениях здравоохранения
- работа в лабораториях и диспансерах
- посещение и уход за больными
- проведение лечебных процедур
- посещение поликлиник
- прием пациентов

www.rkszpe.ru
(812)703 37 33

ПОВОРОТ СУДЬБЫ



ВОПРЕКИ ТЯЖЕЛОМУ
ЗАБОЛЕВАНИЮ
НАТАЛИЯ РЫБАКОВА
ПРОДОЛЖАЕТ РАБОТАТЬ
И ПОМОГАТЬ ДЕТЯМ



К профессии медицинской сестры Рыбакова Наталия Александровна пришла не сразу. Родившись в Москве, с детства она увлекалась музыкой, окончила музыкальное училище им. Шнитке по классу домры и с 1979 года работала в Московской организации музыкальных ансамблей. Но в 1986 году у нее созрело твердое решение приобрести медицинское образование – старший сын Илья очень часто болел. По зову материнского сердца она поступила в Московское медицинское училище № 9 на отделение «Медицинская сестра детских лечебных учреждений».

Далее в карьере снова вмешалась судьба – у близкого друга Наталии родился ребенок с синдромом Дауна. Он твердо решил не опускать рук, а заниматься ребенком всерьез, побывав во Франции, познакомился с принципами работы с такими детьми и создал Ассоциацию «Даун-синдром». Наталия активно включилась в новую для себя работу – создание программы раннего развития для детей с синдромом Дауна. Работая в Ассоциации, она окончила курсы рефлексотерапии на базе Московского института рефлексотерапии, затем курсы по медицинскому массажу, получила соответствующий сертификат.

Помогая детям с синдромом Дауна, уже обладая профессиональной подготовкой, Наталия Александровна пришла к мысли о разработке методики восстановления моторных функций у детей с проблемами развития, ДЦП. С 1996 по 2005 год Наталия работала медицинской сестрой по массажу в отделении восстановительного лечения при поликлинике ММА им. Сеченова, параллельно занималась с детьми с задержками развития и работой над своей методикой. Результатом этой работы стали патенты РФ на методики развития моторных функций.

Решив, что стоит максимально расти именно в этом направлении – помогать де-

тям с задержками развития, в 2001 году Наталия поступила на факультет ВСО Московской медицинской академии им. Сеченова. После окончания ВУЗа в 2006 году создала Школу раннего развития «Малыш» для детей от 2 до 12 месяцев на базе Центра медицинской профилактики при Центральной городской больнице г. Долгопрудного.

Использование собственной методики, занятия с малышами и их родителями приносили огромную пользу и удовлетворение. За годы работы Наталии удалось в прямом смысле поставить на ноги сотни малышей. Дети к ней попадали разные, в том числе и те, родителям которых долгое время не удавалось подобрать качественную программу коррекции. Но помощь, даже полученная с задержкой, все равно приносила плоды – малыши в сверхсрочном порядке осваивали важные для будущего развития навыки.

Наталия стремилась к развитию своей методики, надеялась познакомить с ней своих коллег, выступала с докладами на съездах и конференциях, в общем, проявляла истинное лидерство в развитии сестринской профессии. Но судьба вновь вмешалась в ее жизнь – в конце 2007 года появились первые признаки будущего заболевания. В сентябре 2008 года был выставлен официальный диагноз – боковой амиотрофический склероз, в сентябре 2009 года Наталия оказалась в инвалидной коляске. Вопреки всему Наталия продолжала работу в Центре занятия со своими маленькими пациентами. В декабре 2009 года пришлось перенести занятия на новую базу – ближе к дому, удобнее для перемещения. Проводить занятия Наталия продолжала до 10 июня 2011 года.

Болезнь стремительно прогрессирует. К сожалению, методик ее лечения не существует. Сегодня Наталия находится дома, передвигается с помощью родных, и продолжает работу теперь уже над книгой, по-

священной методике раннего развития детей. Целью ее жизни стало донести методику до медицинских работников, с тем чтобы они могли далее изучать и применять ее, помогать малышам с проблемами развития восстанавливать моторные функции, вставать на ноги, развиваться вровень со здоровыми сверстниками.

Профессиональные достижения и безоговорочная самоотверженность Наталии не оставляют ни единого сомнения в том, что она – истинный герой нашего времени, герой профессии, в которую она пришла по зову сердца.

В.А. Саркисова, президент РАМС:

«Мы познакомилась с работой Наталии Александровны в 2008 году во время Всероссийского съезда в Санкт-Петербурге, в 2009 году представили ее доклад об использовании разработанной методики на съезде Международного Совета медсестер. К сожалению, сама Наталия принять участие в съезде уже не могла.

Хотим пожелать Наталии не терять силы духа! Мы надеемся, что она сможет закончить работу над книгой. Чтобы этот труд стал доступен всем специалистам нашей страны, Ассоциация опубликует книгу на сайте. Надеемся, что ситуация Наталии не оставит Вас равнодушными. Мы приводим реквизиты счета ее младшего сына и призываем оказать Наталии поддержку».

Ф.И.О.: РЫБАКОВ ЕГОР ВЛАДИМИРОВИЧ

Номер счета: 40817810504990030822

Банк получателя: ОАО «Альфа-Банк»

БИК: 044525593

Кор. счет: 30101810200000000593

ИНН банка: 7728168971

КПП банка: 775001001

ОТ ШКОЛЫ ПАЦИЕНТОВ К ЯРМАРКЕ ЗДОРОВЬЯ

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ РАСШИРЯЮТ ГРАНИЦЫ ПРОФИЛАКТИКИ



■ Николаева Наталия Николаевна

Старшая медсестра
кардиологического
отделения МУЗ «ГКБ скорой
медицинской помощи № 1»
г. Омска,
nico0710@yandex.ru

Сегодня исключительно остро стоит вопрос профилактики заболеваний и сохранения здоровья населения. Поэтому, существенным разделом деятельности медицинской сестры становится формирование здорового образа жизни и профилактики заболеваний.

Не только в нашей стране, но и во всем мире, значительный урон здоровью наносит артериальная гипертензия. По оценке специалистов различных стран, от нее страдает каждый третий житель земного шара, в Российской Федерации – более 40% населения, из них 50% больных не знают о наличии у них этого заболевания. Несмотря на то что мы вступили в новое тысячелетие, у многих людей артериальная гипертензия не диагностирована, а значительное количество пациентов с установленной артериальной гипертензией не получают адекватного лечения. Так как артериальная гипертензия

является основным фактором риска развития коронарной болезни сердца, цереброваскулярной болезни, хронической почечной недостаточности и хронической сердечной недостаточности, очень важно способствовать более тщательной заботе о собственном здоровье со стороны самих пациентов.

При всей опасности возможных последствий гипертонии именно в наших руках и в руках наших пациентов находится возможность контроля артериального давления. Идти на поводу у болезни сегодня уже не модно, и каждый пациент имеет реальный шанс вступить за собственное будущее. А если за дело берутся медицинские сестры – шансы пациентов растут в геометрической прогрессии!

Будучи активными участниками общественного дви-

жения медицинских сестер Омской области, мы нередко собираемся на конференциях, обсуждаем сестринские инновации, то, как мы работаем сегодня, как можно сделать нашу работу лучше, продуктивнее. Одним из получивших широкое распространение методов инновационной практики медицинских сестер стали «Школы здоровья», но они работают на базе амбулаторно-поликлинического или больничного учреждения; в такие школы приходят пациенты уже с многолетним стажем заболевания. Значит, если мы ставим перед собой задачу охватить более широкий круг населения, продвигать идею здорового образа жизни, формировать у общества мотивацию к оздоровлению, нам нужно каким-то образом выходить за границы традиционной «Школы».

В ответ на эту задачу в коллективе Омской городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 1 возникла идея, а затем была инициирована акция – «Ярмарка здоровья. Артериальная гипертензия». План «Ярмарки» включил в себя:

- привлечение внимания целевой аудитории с помощью радио- и наглядных материалов – объявления, визитки о времени, месте и теме проводимой акции;
- информационную часть – видеоролики, памятки и буклеты, индивидуальное консультирование;
- активные формы выявления факторов риска артериальной гипертензии – измерение артериального давления, роста, веса, объема талии пациента, жизненной емкости легких;
- проведение анкетирования для определения ос-



Дежурные по здоровью ведут консультативный прием



Дежурная по здоровью И.И. Лукина. Динамометрия

ведомленности об артериальной гипертензии.

– обучающую часть – обучение методике измерения артериального давления, ведению дневника самоконтроля, методике расчета энергетической сбалансированности пищевого рациона, расчету индекса массы тела, степени избыточной массы тела, методам преодоления стресса в повседневной жизни.

«Ярмарка здоровья» проводится в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи № 1 г. Омска с октября 2010 года. Кроме медицинских сестер нашей больницы, к участию в акции активно привлекаются студенты медицинских колледжей. Результаты работы нас радуют, поэтому спешим поделиться наработанным опытом с коллегами в других регионах России. И так, как строится наша работа?

На подготовительном этапе нашим коллективом разработан протокол «Ярмарки здоровья», анкеты проверки знаний по артериальной гипертензии, проведен инструктаж с участниками; подобран раздаточный материал – памятки для пациентов, дневники самоконтроля, мультимедийное

сопровождение – видеоролик «Образовательная программа для пациентов с высоким артериальным давлением», в техническое обес-

Продуманный подбор дежурных по здоровью из профессионально компетентных, имеющих навыки коммуникативного общения, медицинских сестер позволил подчеркнуть значимость нашей профессии.

печение вошли тонометры, фонендоскопы, сантиметровые ленты, напольные весы. Участниками акции из отделения восстановительного лечения представлена авторская разработка – буклет об оздоровительном беге и ходьбе. Из медицинских сестер и студентов сформированы три бригады, работающие в клинических отделениях стационара. Каждая бригада оснащена комплектом памяток, листами контроля артериального давления, анкетами для пациентов, тонометром и фонендоскопом. Остальные участники ведут консультативный прием в холле для посетителей – измеряют артериальное давление всем обратившимся, рассказывают о факторах риска, обучают желаю-

щих методике измерения артериального давления, дают рекомендации о мероприятиях по изменению образа жизни, активно привлекают внимание посетителей и пациентов к ответственному отношению к своему здоровью. Параллельно ведется анкетирование, включающее в себя вопросы на знание об управляемых факторах риска.

Инструкторы-методисты по лечебной физкультуре на основании проведенных измерений индекса Кетле, жизненной емкости легких, динамометрии дают оценку уровня соматического здоровья обратившихся, сопровождая свою работу выдачей памяток о профилактике

ских колледжей делает концепцию здорового образа жизни более привлекательной для различных слоев населения. Число посетивших нашу «Ярмарку» возросло с 223 человек за один день работы на начало проекта в прошлом 2010 году до 375 человек в нынешнем, 2011 году.

Помимо того, что мероприятие нацелено на помощь пациентам, делает доступными квалифицированные знания и советы медицинских сестер, участие в подобных мероприятиях способствует сплочению коллектива, выработке позитивного настроя на работу и внебольничную деятельность.

Постепенно мы выходим не только за рамки традиционной «Школы здоровья», но и за рамки своего учреждения. В декабре 2010 года Омская профессиональная сестринская ассоциация приняла участие во 2-м региональном форуме общественных организаций «Институты гражданского общества как ресурс развития региона». Инициатива Ассоциации по проведению «Ярмарки» была отмечена благодарственным письмом Общественной палаты Омской области.

В работе на интерактивной площадке форума «Здо-

сердечно-сосудистых заболеваний.

Применение нестандартных форм, современных технических средств, участие в подобных акциях молодых специалистов сестринского звена и студентов медицин-



Дежурная по здоровью О.В. Проскуракова



Дежурные по здоровью на 2-м Региональном форуме общественных организаций «Институты гражданского общества как ресурс развития региона»: И.И. Лукина, Е.В. Межоннова, Е.А. Дорошенко, О.В. Проскурякова, О.А. Асонова, О.В. Сапожникова, Н.Н. Николаева

ровая Россия» приняла участие команда, сформированная из медицинских сестер нейрохирургического, гинекологического, кардиологического отделений, инструкторов-методистов по лечебной физкультуре отделения восстановительного лечения МУЗ «ГБСМП-1» – членов Омской профессиональной сестринской ассоциации. Руководство и техническую поддержку обеспечили старшие медицинские сестры отделения восстановительного лечения, кардиологического отделения и отделения чистой хирургии больницы.

Участники акции – дежурные по здоровью – предлагали посетителям и участникам форума узнать цифры своего артериального давления, вес, индекс массы тела, жизненную емкость легких, мышечную силу, пройти тестирование уровня соматического здоровья, предоставляли весь спектр консультативной помощи. Желающие могли обучиться методике самостоятельного измерения артериального давления, расчету индекса массы тела и способам антистрессовой релаксации. Парал-

ельно мы проводили анкетирование обратившихся по уровню информированности о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний – «Береги свое сердце». Интенсивная работа не только на стенде, но и по всей территории выставочного зала позволила нам охватить за два дня работы практически все площадки форума.

Достигнутыми результатами мы удовлетворены. Позиционируя себя в качестве организации профессионалов, главное для которых здоровье населения, мы оказали влияние на формирование современного имиджа сестринской профессии. Нашей ассоциации в ходе форума удалось заявить о себе и завязать полезные деловые контакты с другими общественными организациями. Мы получили приглашения организовать аналогичные «Ярмарки» на других площадках, а также подготовить грантовую заявку по направлению «Здоровый образ жизни». В случае успешного участия в конкурсе грантов наш проект получит финансирование – значит, наша «Ярмарка» будет расти, станет более масштабной.

НОВОСТИ КОРОТКОЙ СТРОКОЙ

20 лет реформы здравоохранения в России и уроки Пироговского движения

Под таким девизом 27–28 октября в Москве прошел очередной Пироговский съезд врачей, который и на этот раз привлек большое внимание со стороны элиты отечественного здравоохранения, критически мыслящих специалистов отрасли, руководителей, политических деятелей.

Ходе пленарных заседаний слово было представлено и президенту РАМС, В.А. Саркисовой, в докладе которой были озвучены негативные тенденции сокращения сестринских кадров, как отражение низкого социального и экономического статуса работников, тупиковой ситуации с ВСО, барьеров по внедрению профессиональных стандартов, накопительной системы повышения квалификации, в целом – отсутствия последовательности и дальнейших шагов в направлении некогда принятого на государственном уровне решения о реформе сестринского дела. Выступление оказалось результативным, положив начало совместной работе РАМС с Форумным Комитетом Российской Академии Медицинских Наук. Охарактеризовав Профессиональные стандарты РАМС в качестве образцовых и фундаментальных документов, академики РАМН обещали поддержать их дальнейшее согласование.

Значительное внимание участники уделили обсуждению Закона «Об основах охраны здоровья граждан», вызвавшего массу нареканий. Множество предложений по существу законопроекта так и не были учтены в итоговом документе, принятом Государственной Думой РФ.

Поэтому в Резолюции съезда было подчеркнуто: «В настоящее время врачи Российской Федерации не являются инициаторами и экспертами модернизации и реформ в здравоохранении, а выступают лишь пассивными исполнителями уже принятых чиновниками управленческих решений. Минздравсоцразвития Российской Федерации в течение нескольких лет не может создать Концепцию охраны здоровья населения, включающую в себя перспективную модель здравоохранения. В этих условиях по определению нельзя принимать полноценные законы в области здравоохранения».

Эксперты Пироговского движения неоднократно обращались в адрес руководства страны с предложениями по разработке всеобъемлющей концепции здравоохранения. К сожалению, многочисленные попытки построения конструктивного диалога с властью, как по новому закону, так и по разработке Концепции здравоохранения лидерам движения установить не удалось.

УХОД ЗА РЕСПИРАТОРНЫМ ТРАКТОМ В УСЛО

Код технологии A14.08.001	Название технологии: Уход за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких	
1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу		
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего профессионального образовательного учреждения по специальностям: <ul style="list-style-type: none">• Лечебное дело• Педиатрия 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального образовательного учреждения по специальностям: <ul style="list-style-type: none">• Лечебное дело• Акушерское дело• Сестринское дело
2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала		
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	<ul style="list-style-type: none">• До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук• Использование перчаток во время процедуры
3. Условия выполнения простой медицинской услуги	<ul style="list-style-type: none">• Стационарные• Транспортировка в условиях «скорой медицинской помощи»	
4. Функциональное назначение простой медицинской услуги	<ul style="list-style-type: none">• Лечебное• Профилактическое	
5. Материальные ресурсы		
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	<ul style="list-style-type: none">• Манипуляционный столик• Аппарат для аспирации (стационарный или портативный)• Комплект стерильных силиконовых трубок для электроотсоса• Катетер стерильный аспирационный с вакуум-контролем, длина 60 см• Катетер стерильный аспирационный• Роторасширитель• Языкодержатель• Шпатель стерильный• Жажим• Пинцет стерильный• Лоток стерильный
5.2	Лекарственные средства	<ul style="list-style-type: none">• Спирт этиловый 70%-ный – 10 мл.• Антисептическое средство для обработки рук• Дезинфицирующее средство• Стерильный раствор натрия хлорида 0,9%-ный для промывания или стерильная вода – 400 мл
5.3	Прочий расходный материал	<ul style="list-style-type: none">• Стерильные перчатки• Нестерильные перчатки• Стерильные марлевые салфетки• Маска• Очки защитные• Фартук• Емкость для дезинфекции
6. Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги «Алгоритм ухода за респираторным трактом»		
	I. Подготовка к процедуре	
	<ol style="list-style-type: none">1. Оценить уровень сознания пациента, состояние респираторной системы, основные показатели жизнедеятельности.2. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры пациенту (если он в сознании), получить согласие.3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.4. Надеть защитную одежду (фартук, маску, очки).5. Выполнить процедуры, способствующие отделению мокроты (постуральный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки). Обработать руки антисептиком.6. Подготовить необходимое оборудование.7. Отключить аварийную сигнализацию аппарата искусственной вентиляции легких.8. Обработать руки антисептиком. Надеть стерильные перчатки.	
	II. Выполнение процедуры (выполняется двумя медицинскими работниками)	
	<ol style="list-style-type: none">1. Открыть упаковку со стерильным аспирационным катетером. Катетер по размеру не должен превышать больше чем наполовину внутреннего диаметра эндотрахеальной или трахеостомической трубки.2. Открыть контейнер для отсасывания, наполнить стерильным физиологическим раствором.3. Присоединить стерильный катетер для отсасывания к соединяющей трубке электроотсоса.4. Проверить уровень давления, приложив большой палец левой руки к датчику на выходном отверстии катетера.5. Провести преоксигенацию 100% кислородом в течение 2–3 минут.6. Обработать стерильным марлевым тампоном, смоченным 70° спиртом, место соединения интубационной трубки и катетера.7. Отсоединить аппарат искусственной вентиляции легких от пациента.	
	Санация трахеи и бронхов:	
	<ol style="list-style-type: none">8. Осторожно ввести стерильный катетер в эндотрахеальную или трахеостомическую трубку до упора при выключенном электроотсосе. При санации правого бронха голову поворачивать налево, при санации левого бронха – направо.9. Включить электроотсос и осторожными вращательными движениями извлечь катетер из дыхательных путей, проводя отсасывание.10. Следить за жизненными функциями. При снижении сатурации кислорода ниже 94–90%, появлении брадикардии, нарушении ритма и других осложнений немедленно прекратить процедуру, провести вентиляцию 100%-ным кислородом, сообщить врачу.11. Опустить катетер в стерильный физиологический раствор и провести отсасывание для удаления сгустков и мокроты из катетера. Аспирацию повторять неоднократно до восстановления свободной проходимости дыхательных путей. НЕ ПРОВОДИТЬ ОТСАСЫВАНИЕ более 10–15 с. В интервалах между аспирацией проводить искусственную вентиляцию легких аппаратом.	

УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ

Уход за манжетой:

12. Проверить раздувание манжеты трубки путем сжатия между большим и указательным пальцами.
13. Выпустить воздух из манжеты при помощи шприца.
14. Провести аспирацию из трахеи по вышеуказанной методике.
15. Раздуть манжету воздухом с помощью шприца до создания герметичности.
Манипуляцию проводить каждые 2–4 часа.
Перед удалением воздуха из манжеты убедиться в отсутствии содержимого в носоглотке и ротоглотке.
При необходимости перед аспирацией провести санацию верхних дыхательных путей.
16. Стерильными катетерами поочередно аспирировать содержимое носовых ходов.
Содержимое каждого из носовых ходов и ротоглотки аспирировать разными катетерами.
Для открытия рта использовать роторасширитель, для отведения языка – языкодержатель, для отведения щек – шпатель.
Для обработки полости рта стерильным физиологическим раствором использовать стерильные марлевые тампоны, пинцет и зажим.
17. Носовые ходы обработать стерильным физиологическим раствором.
18. Повторить аспирацию катетером содержимого ротовой полости до полного его удаления.
19. Исползованные инструменты, изделия медицинского назначения и расходные материалы поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.
При наличии у пациента трахеостомы сделать перевязку трахеостомической раны (смена повязки проводится каждые 8 часов).

III. Окончание процедуры

1. Установить скорость подачи кислорода на уровень, предписанный до отсасывания.
2. Оценить состояние дыхательной системы и жизненные показатели.
3. Выключить аппарат для отсасывания.
4. Обернуть катетер для отсасывания вокруг руки в стерильной перчатке.
5. Отсоединить катетер для отсасывания от соединяющей трубки.
6. Снять перчатку, обернуть ее поверх катетера.
7. Поместить использованные материалы в емкость с дезинфицирующим раствором.
8. Проверить герметичность дыхательного контура, правильность нахождения трубки, наличие жидкости в увлажнителе дыхательного аппарата.
9. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
10. Включить аварийную сигнализацию аппарата искусственной вентиляции легких.
11. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию

7. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

- При наличии густой, вязкой мокроты и обструкции мелких бронхов, провести лаваж

8. Достижимые результаты и их оценка

У пациента отмечается восстановление проходимости дыхательных путей:

- отсутствие хлюпающих звуков из трубки при дыхании;
- проведение легочного звука по всем легочным полям при аускультации.

У пациента отсутствуют инфекции дыхательных путей:

- Пациент может свободно дышать через трахеостому. Кожа вокруг трахеостомической трубки без видимых изменений.

Частота дыхания. Оценка результатов:

- 14–20 норма

Уменьшение сопротивления на вдохе:

- не более 10–15 мм вод.ст. норма

Сатурация кислорода:

- не ниже 94–96% норма

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

Необходимо письменное согласие в истории болезни на интубацию трахеи, по возможности самого пациента или его законных представителей. При невозможности получить такое согласие из-за тяжести состояния больного и отсутствия времени на поиск законных представителей решение принимается консилиумом врачей в составе лечащего врача, анестезиолога-реаниматолога, заместителя гл. врача по медицинской части учреждения или дежурного администратора. При невозможности собрать консилиум, вопрос решает лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактической организации. Медицинская сестра должна убедиться в наличии письменного согласия или решения консилиума на интубацию, которое предусматривает необходимость ухода за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких.

10. Параметры оценки и контроля качества выполнения методики

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

11. Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги

- Коэффициент УЕТ врача – 0.
- Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0.

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

- Отсутствует

13. Формулы, расчеты, номограммы и другая документация (при необходимости)

- Отсутствует

GAMMEX® POWDER-FREE GLOVES WITH AMT ANTIMICROBIAL TECHNOLOGY

GAMMEX® Powder-Free Gloves with AMT Antimicrobial Technology обеспечивает защиту, даже если разрыв перчатки остается незамеченным.¹

Разработанные в ходе расширенных исследований компании «Анселл», перчатки имеют уникальное внутреннее покрытие, содержащее хлоргексидина глюконат (ХГГ) для непрерывного противовирусного и антибактериального действия.

Доказанная эффективность против вирусов и бактерий

Лабораторные исследования in vitro показали, что перчатки GAMMEX® Powder-Free with AMT:

- Уничтожают >99% суррогата вируса гепатита С уже через 1 минуту после контакта.
- Уничтожают 99% штамма ВИЧ-1 Мп² уже через 1 минуту после контакта.
- Уничтожают от >99,7% до >99,999% от числа 8 распространенных бактерий, вызывающих госпитальные инфекции, включая грамположительные, грамотрицательные и лекарственно-резистентные бактерии, уже через 1 и 2 минуты после контакта.
- Уничтожают >99,99% Staphylococcus aureus уже через 2 минуты в присутствии крови, изотонического раствора и искусственного пота.
- Лабораторные испытания in vivo подтвердили, что внутреннее

антимикробное покрытие сохраняет активность против Staphylococcus aureus через 2 часа ношения перчатки.

Благоприятное действие на кожу рук

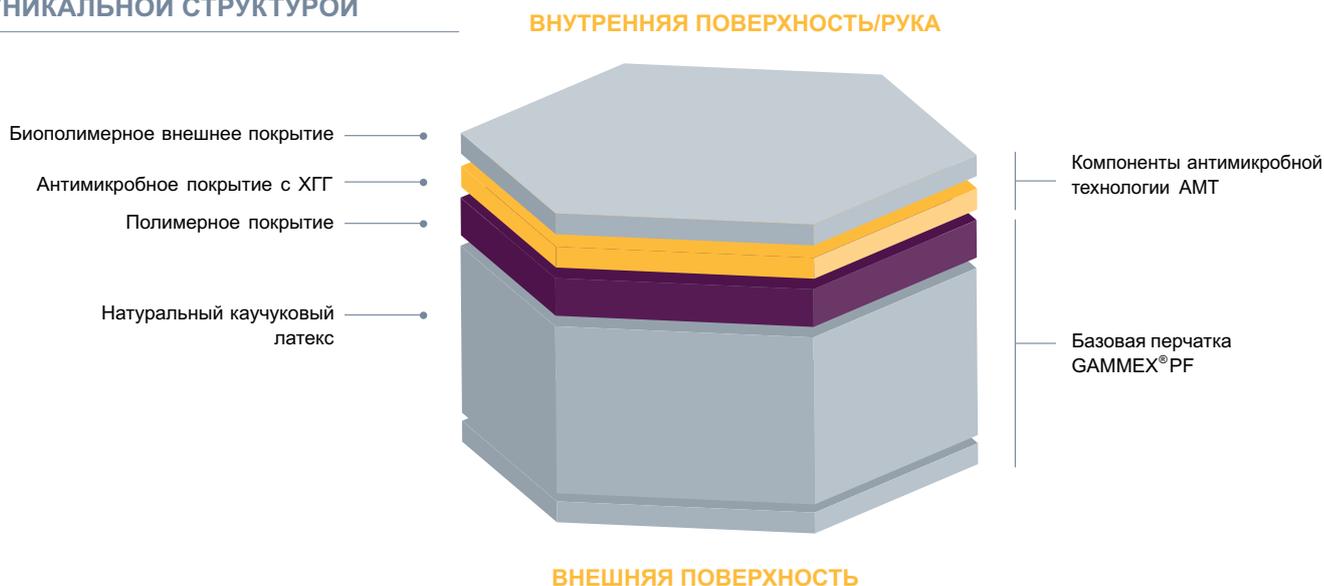
- В ходе лабораторных испытаний in vivo не наблюдалось никаких свидетельств сенсibilизации кожи.
- Продукт прошел испытания в соответствии с ISO 10993: Биологическая оценка медицинских устройств, Часть 10: Испытания на раздражение и гиперчувствительность замедленного типа.

¹ Все испытания, проведенные для перчаток GAMMEX® Powder-Free gloves with AMT Antimicrobial Technology в лабораторных условиях in VITRO, не могут гарантировать аналогичных результатов в условиях in VIVO.
² Штамм ВИЧ-1 Мп является хорошо изученным вирулентным штаммом ВИЧ-1.

Добавив к базовым перчаткам GAMMEX® PF новую антимикробную технологию AMT, компания «Анселл» создает перчатки исключительного качества с дополнительным уровнем защиты.

ПОПЕРЕЧНОЕ СЕЧЕНИЕ

ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ С УНИКАЛЬНОЙ СТРУКТУРОЙ



АНТИМИКРОБНЫЕ, СТЕРИЛЬНЫЕ, НЕОПУДРЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПЕРЧАТКИ ИЗ НАТУРАЛЬНОГО КАУЧУКОВОГО ЛАТЕКСА

ОСОБЫЕ СВОЙСТВА

- Уникальное покрытие с ХГГ, оказывающее антимикробное действие в случае разрыва перчаток.
- Перчатки из латекса, прочные, мягкие, комфортные, обеспечивающие сцепление и ловкость.
- Полимерный слой с гидрофильными и гидрофобными компонентами для облегчения надевания и смены перчаток с влажными и сухими руками.
- Общее количество белков, экстрагируемых водой, составляет 50 микрограмм на грамм или менее.
- В ходе производственного процесса снижается риск провоцирования контактного дерматита посредством полного потребления ускорителей PV100.
- Технология P.E.A.R.L. (Protein and Endogenous Allergen Reduction Leaching – вымывание белков и эндогенных аллергенов) обеспечивает вымывание остаточных белков, химических ускорителей и других остаточных веществ, что позволяет снизить риск сенсибилизации кожи.

ОБРАБОТКА ПОВЕРХНОСТИ

- Микротекстурирование.
- Надежное схватывание инструмента во влажных и сухих условиях.
- Постоянный строгий контроль качества, а также испытания на сцепление и трение для снижения вариабельности партий в отношении сцепления.

ЦВЕТ ПЕРЧАТОК

- Кремовый, натуральный каучуковый латекс.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМЫ

- Изготавливаются на патентованных анатомических формах «Анселл», что обеспечивает превосходный комфорт и естественное облегание.
- Оптимальное расположение большого пальца и увеличенная выемка для основания пальца специально разработаны для увеличения комфорта и снижения усталости при длительных операциях.
- Более тонкий и мягкий латексный материал с оформленными подушечками для пальцев обеспечивает дополнительное повышение чувствительности и ловкости.

- Более широкая, текстурированная поверхность ладони способствует лучшему захвату инструмента, как во влажном, так и в сухом состоянии, без ухудшения комфорта.

ОСОБЕННОСТИ МАНЖЕТЫ

- Зауженная, прямая манжета для улучшения сцепления с хирургической одеждой.
- Клейкая полоса препятствует сползанию манжеты и предотвращает попадание жидкости в перчатку.
- Меньшее давление на запястный канал при ношении двух пар перчаток.
- Нанесение на манжету названия бренда, размера, обозначений левой и правой перчатки «L» и «R» для улучшения идентификации.

СТАНДАРТЫ КАЧЕСТВА

- Продукт прошел расширенные испытания для подтверждения качества.
- 100% электронный скрининг на отсутствие отверстий.
- Статистическое испытание на отсутствие пор G1; AQL 1.0 после упаковки.

- Соответствует требованиям к физическим свойствам EN455, ISO 10282 и AS /NZS 4179.
- Стерилизация гамма-излучением (минимум: 25 кГр).
- Промышленный объект сертифицирован согласно стандарту ISO 13485, а также Директиве Европейского Совета 93/42/ЕЕС, Приложение II: Полное обеспечение качества.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЗАКАЗА

КОД	РАЗМЕР	УПАКОВКА
353441	5.5	
353442	6	
353443	6.5	25 пар в упаковке / 4 упаковки в картонной коробке
353444	7	
353445	7.5	
353446	8	
353447	8.5	
353448	9	

ЛИСТ ТЕХНИЧЕСКИХ ДАННЫХ

МАТЕРИАЛ		Натуральный каучуковый латекс					
РАЗМЕРЫ	РАЗМЕР		5.5	6.0	6.5	7.0	
	Типовые средние значения	ДЛИНА	ММ	290	290	290	290
		ШИРИНА ЛАДОНИ	ММ	70	80	85	90
		РАЗМЕР		7.5	8.0	8.5	9.0
	ДЛИНА	ММ	290	290	290	290	
	ШИРИНА ЛАДОНИ	ММ	95	100	110	115	
ТОЛЩИНА (ДВОЙНАЯ)	ПАЛЕЦ	ММ	0,44				
	Типовые средние значения	ЛАДОНЬ	ММ	0,40			
		МАНЖЕТА	ММ	0,40			
ФИЗИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА	Типовые средние значения		До износа		После износа		
			Удлинение при разрыве (%)	860	890		
			Сила при разрыве (N)	16	15		
КОЛИЧЕСТВО ПОРОШКА			Снаружи		Внутри		
			Н/П (неопудренные)		Н/П (неопудренные)		

Ни этот документ, ни какое-либо заявление, сделанное в нем компанией Ansell или от ее имени, не должны истолковываться в качестве гарантии годности для продажи или пригодности какого-нибудь изделия компании Ansell для какой-либо определенной цели. Компания Ansell не несет ответственности за пригодность перчаток для какого-либо специального применения или адекватность их выбора конечным пользователем.

Дополнительная информация о новом уровне защиты. Посетите веб-сайт www.gammexfam.com



Перчатки GAMMEX® Powder-Free gloves with AMT Antimicrobial Technology содержат натуральный каучуковый латекс, способный вызвать аллергические реакции. Все испытания, проведенные для перчаток GAMMEX® Powder-Free gloves with AMT Antimicrobial Technology в лабораторных условиях in VITRO, не могут гарантировать аналогичных результатов в условиях in VIVO. В Австралии зарегистрирован патент № 703926, а в Новой Зеландии — патент № 556353. Австралийские и международные патенты ожидают рассмотрения. Ansell, ® и ™ — это зарегистрированные торговые знаки, принадлежащие компании Ansell Limited или одному из ее представительств. © Ansell Limited, 2011. Все права защищены.

Medical Solutions





ВОСТОК-ЗАПАД

ОБСУЖДЕНИЕ ПРИОРИТЕТОВ
В ЕВРОПЕЙСКОЙ ПОЛИТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

29—30 сентября в столице Европейского союза г. Копенгагене – именно там расположена европейская штаб-квартира Всемирной организации здравоохранения – состоялось заседание Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций и ВОЗ. Основные вопросы повестки дня – будущее организации, роль сестринских и акушерских ассоциаций в диалоге с ВОЗ, в реализации программ и проектов по совершенствованию систем здравоохранения.

Надо сказать, что в последние несколько лет активность форума пошла на убыль. На европейской арене действует целое множество союзов и объединений, все более значимым влиянием среди которых наделяются две – Европейская федерация медсестер и Европейская федерация акушерок. Именно здесь обсуждаются и выносятся лидерами общественных организаций рекомендации и предложения для последующей реализации системами здравоохранения европейских стран. Ни у кого данные интеграционные процессы не вызвали бы вопросов, если бы не четыре обстоятельства: 1. Диалог между европейскими ассоциациями медицинских сестер и акушерок был инициирован именно с созданием форума; 2. В рамках форума приоритет всегда отдавался совместной работе медицинских сестер и акушерок; 3. Полноправными участниками федераций сегодня является только половина стран-членов европейского региона, только те, кто входит в состав Европейского Союза, а это исключает взаимодействие сразу 27 национальных ассоциаций стран не членов ЕС; 4. Форум – это единственная площадка, на кото-

рой обсуждение ассоциаций имеет место при участии экспертов и руководителей Всемирной организации здравоохранения, т. е. где есть реальный шанс донести имеющиеся проблемы и беспокойства до тех руководителей, которые играют не последнюю роль в формировании политики здравоохранения в мире.

Что ж, прошедшее заседание с очевидностью продемонстрировало, что указанные обстоятельства волнуют всех – лидеров национальных сестринских и акушерских ассоциаций и западных и восточно-европейских стран, и руководителей ВОЗ. Системы здравоохранения европейского региона сегодня испытывают колоссальное давление, сокращение финансирования и кадров продолжаются на фоне второй волны экономического кризиса, а также на фоне растущих потребностей населения в качественной и доступной медицинской помощи. Медицинские сестры и акушерки в данном контексте рассматриваются руководителями ВОЗ в качестве основной силы в обеспечении населения требующейся

помощью. Доказательством этому стало участие в ходе всей работы форума первых лиц и ключевых руководителей Европейской штаб-квартиры Всемирной организации здравоохранения: Директор Европейского ВОЗ д-р Жужанна Якоб обратилась к участникам Форума с видеопосланием, а ее первые заместители д-р Мартин-Морено, д-р Ганс Клюге, д-р Галина Перфильева работали совместно с участниками заседания от начала и до его конца.

Сестринское и акушерское дело сейчас находятся под пристальным вниманием руководителей ВОЗ. С большим удивлением накануне заседания форума некоторые из них узнали о по-своему уникальной и, безусловно, тупиковой ситуации с реализацией в странах-членах ВОЗ Мюнхенской декларации – документа, вступившего в силу еще в 2000 году и декларирующего, в числе прочего, содействие правительствам развитию высшего образования для сестринского персонала, содействие научным исследованиям и установление автономии профессии,



предоставление медицинским сестрам и акушеркам возможности влиять на политику здравоохранения. К тому, что в некоторых странах медицинскими сестрами руководят врачи, руководители ВОЗ отнеслись с большим недоумением.

Заседание форума завершилось на позитивной волне. Лидерам национальных сестринских и акушерских ассоциаций удалось достичь понимания с руководителями Европейского бюро ВОЗ по большинству вопросов. Диалогу и сотрудничеству быть как на уровне организации, так и между отдельными странами.

Особое внимание в предстоящие годы получит работа ВОЗ с восточноевропейскими странами, в том числе и с опорой на форум. В ходе состоявшихся выборов президент РАМС В.А. Саркисова была избрана на пост вице-председателя форума. По всеобщему убеждению, представляя крупнейшую национальную организацию, ей предстоит объединить сестринский и акушерский персонал на европейском пространстве, возобновить многие утраченные каналы связи, открыть путь для более активного и эффективного сотрудничества Всемирной



организации здравоохранения и форума с бывшими союзными республиками. Системы здравоохранения этих стран, а также региона Восточной Европы создавались по одной схеме. Сегодня они переживают одинаковые трудности, преодолевать которые легче сообща.

Более пристальное внимание со стороны ВОЗ будет уделяться взаимодействию с Россией. По соглашению с д-ром Гансом Ключе, имеющим опыт непосредственной работы в нашей стране, сотрудничество РАМС и Европейского бюро ВОЗ будет активно развиваться.

КРУГЛЫЙ СТОЛ В КОСТРОМЕ

ЗАДАН НОВЫЙ ВЕКТОР РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ



М.В. Надёжина
Президент Костромской ассоциации,
старшая медсестра поликлиники УВД

20 лет демократических преобразований принесли немало нового. Общественное сестринское движение в России возникло практически из ничего и, пройдя различные этапы роста, продолжает уверенно развиваться на региональном и национальном уровне.

Тем не менее в ряде регионов о планомерном развитии говорить пока рано. Руководителям малочисленных сестринских ассоциаций сложно разорвать круг взаимосвязанных проблем: низкий уровень членства; нехватка финансовых средств; невоз-

можность проводить больше мероприятий для привлечения новых членов; низкий уровень влияния в регионе на политику в сестринском деле. Именно эти проблемы составили основу дискуссии в ходе круглого стола, прошедшего в Костроме с участием президента и исполнительного директора РАМС.

В Костромской области трудится порядка 6800 медицинских работников со средним медицинским образованием. Обеспеченность сестринским пер-

соналом составляет 100,1 на 10000 населения; укомплектованность по действующим нормативам нагрузки – 94,9%. Руководители сестринских служб понимают, что штаты сестринского персонала важно наращивать – ведь в России с 2009 года принято немало регламентирующих документов, предусматривающих снижение нагрузки на персонал, расширение штатного состава медицинских сестер. Тем не менее в Костроме наблюдается противоположная картина: в рамках мо-





Отрадно сознавать, что в Костроме нашлись энтузиасты, которые готовы к переменам. Как показал круглый стол, к их числу относится президент Костромской ассоциации Надежина Марина Витальевна – старшая медсестра поликлиники УВД, призер первого Всероссийского конкурса среди госпиталей ветеранов войн в 2005 году, в номинации «Лучшая медицинская сестра».

дернизации здравоохранения проводятся массовые сокращения персонала; на необходимость применения Порядков оказания медицинской помощи в регионе закрывают глаза, сетуя на их рекомендательный характер.

Руководителей сестринских служб эти вопросы беспокоят, однако объединиться в мощную общественную организацию для их решения силы духа пока не хватает. Причины сложившейся ситуации в Костромской области таковы:

1. Отсутствие достаточной информации о роли общественного движения в развитии сестринского дела в России;
2. Недостаток опыта в развитии общественного движения;
3. Неприятие новизны в повседневной сестринской практике самими руководителями службы в ЛПО.

«Считаю, что сила и влияние организации в решении поставленных целей и задач Костромской ассоциации медицинских сестер, как и любой общественной организации, зависит от ее численности», – уверена Марина Надежина.

Большие надежды члены Правления Костромской ассоциации связывали с проведением совместного заседания главных сестер и главного внештатного специалиста с руководителями РАМС. Как оказалось, эти надежды были не напрасны. **Уже по прошествии месяца Марина Витальевна сообщила о позитивных переменах.**

Работой Костромской ассоциации медицинских сестер заинтересовались медицинские сестры лечебных учреждений города и области, администрация области, департамент здравоохранения.

В конце сентября благодаря содействию заместителя председателя Костромской областной думы, ответственного организатора регионального Координационного Совета общероссийского народного фронта Сергея Анатольевича Деменкова, Марину Надёжину пригласили на совещание к губернатору Костромской области. Ей представилась уни-

кальная возможность озвучить проблемы медицинских сестер Костромской области:

1. Снижение притока молодых медицинских сестер в лечебные учреждения города и области по причине низкой заработной платы и отсутствия перспектив карьерного роста;

2. Отток квалифицированных сестер с большим опытом и стажем работы из-за увеличения нагрузки. Со временем Костромская область может столкнуться с серьезным кадровым кризисом;

3. Отток специалистов с ВСО в частные структуры – приведет к тому, что заниматься инновационной практикой будет некому;

4. Несправедливое распределение доплат медицинским работникам, участвующим в программе «Модернизация». В частности, главные медицинские сестры, младший медицинский персонал, дезинфектора, медицинские регистраторы остались при распределении доплат без внимания.

Губернатором области было предложено внести озвученные проблемы в Народную программу с целью их дальнейшего решения. Правление Костромской ассоциации надеется, что будут решены и другие вопросы, например касающиеся обязанности применения порядков оказания медицинской помощи, предусматривающих сокращение нагрузки на персонал.

Руководитель отдела общественных связей администрации области Н.А. Филлипова предложила проводить совместные с администрацией рабочие поездки по районам Костромской области, информирующие специалистов о роли общественной организации.

Председателем Костромского отделения Российского Красного Креста И.К. Фадеевой было предложено провести совместное мероприятие в мае 2012 года, посвященное 125-летию со дня создания первых курсов сестер милосердия при Богоявленском монастыре Костромской области.

О появлении твердой надежды на изменения в работе Костромской ассоциации медицинских сестер, повышении интереса к её работе среди медицинских сестер, говорят и соратники по общественной работе, члены правления КАМС – В.Н. Чистякова, Т.М. Данилова, И.В. Бублик, Л.Н. Одицова, Е.Ю. Сажнова, О.Г. Ополовникова.

Перспективы у Ассоциации есть, тем более что ее работа встречает большой отклик и поддержку со стороны руководителя Департамента здравоохранения Костромской области Рослова Алексей Ивановича. Очень хочется верить в то, что в связи с последними событиями у медицинских сестер области будет разбужено чувство профессионального самосознания, появится желание внести свой вклад в развитие сестринского дела Костромской области, в том числе, и через деятельность в Костромской ассоциации медицинских сестер.

НА ПУТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ: оценка роли ВСО в становлении сестринской профессии



■ С.В. Лапик

Профессор, д. м. н., декан факультета высшего сестринского образования, заведующая кафедрой теории и практики сестринского дела Тюменской медицинской академии

Реформы здравоохранения невозможны без развития сестринского образования и сестринского дела. Специалисты сестринского дела работают в самом непосредственном контакте с пациентом, и от них в значительной мере зависит качество медицинского обслуживания.

В большинстве случаев медицинская сестра является первым и последним наиболее постоянным звеном контакта с пациентом в системе здравоохранения. Модернизация сестринского дела, которая продолжается с 2000 года, охватывает широкий круг проблем: организация и осуществление новых организационных форм и технологий сестринской деятельности, разработка нормативной базы деятельности сестринского персонала, сестринское образование, научные исследования в этой области и т. д. Особое место в реформировании сестринского дела имеют инновации, разработанные и внедренные в практику энтузиастами, среди которых много руководителей сестринских служб ЛПУ, получивших высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело».

В 2003 году сотрудниками и студентами факультета высшего сестринского образования Тюменской медицинской академии был проведен опрос медицинских сестер, врачей и пациентов на базе ведущего ЛПУ нашей области.

С тех пор прошло семь лет. Мы имели полное право предполагать, что реформы здравоохранения и сестринского дела должны повысить престиж профессии медицинской сестры и ее статус. Это мы и собрались доказать сравнением результатов социологического опроса врачей, медицинских сестер и пациентов относительно роли и места специалистов сестринского дела в здравоохранении в 2003 и 2010 гг.

Одномоментно мы провели опрос врачей, медицинских сестер и пациентов о роли сестринского персонала в здравоохранении по разработанной нами в 2003 году анкете (с дополнениями в 2010 году), проанализировали полученные результаты, затем сравнили полученные данные 2010 года с результатами анкетирования в 2003 году.

В одном из вопросов анкеты мы попросили ранжировать от одного до пяти следующие качества медицинской сестры:

- Компетентность.
- Милосердие.
- Ответственность.
- Коммуникабельность.
- Сотрудничество.

В ответах респонденты проявили единодушие. По степени важности качества медицинской сестры распределились следующим образом:

1. Ответственность.
2. Компетентность.
3. Милосердие.
4. Коммуникабельность.
5. Сотрудничество.

Также мы попросили респондентов назвать самые неприемлемые качества для специалиста сестринского дела, не предлагая варианты ответов.

Как видно из представленной диаграммы, врачи, медсестры и пациенты считают самыми неприемлемыми

качествами грубость и халатность, на последнем месте для всех респондентов стоит безответственность – видимо с этим проявлением в среде медицинских сестер респонденты сталкиваются не часто.

В следующем вопросе мы попросили респондентов оценить качество оказываемой сестринской помощи. Ответы нас порадовали. Неудовлетворенных работой медицинских сестер среди опрошенных не оказалось. Пациенты, как потребители услуг, оценили работу медсестры более критично. Врачи, как лица, предоставляющие медицинскую помощь (поставщики услуг), оценили деятельность коллег на самом высоком уровне.

С большим интересом мы анализировали ответы врачей и медицинских сестер на вопросы, касающиеся стереотипов отношения врачебного и сестринского персонала.

Сравнительная характеристика результатов анкетирования врачей в 2003–2010 году, показала, что в 2003 году врачи на первое место ставили квалификацию специалиста – в 60,9%, на второе место – личные качества медицинского персонала – в 56,5%, однако разница между ответами минимальна, и третье место – стаж. В 2010 году у врачей на первом месте личные качества медицинского персонала, на втором месте – квалификация специалиста, и третьим идет стаж. Следует пояснить, что под личными

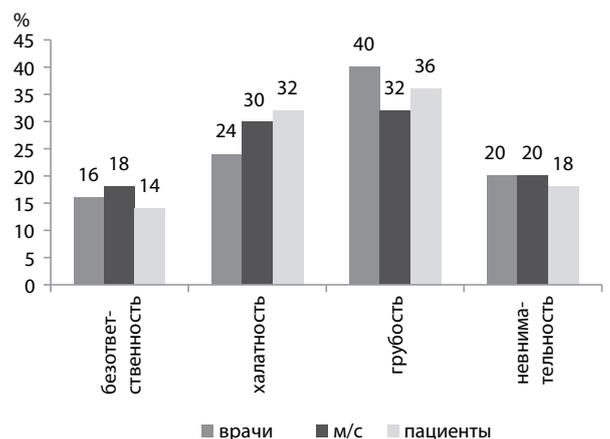


Рис. 1. Качества, неприемлемые для медицинской сестры (%)

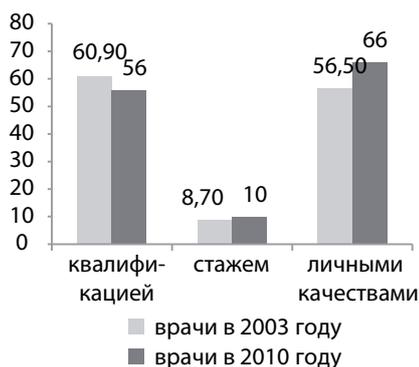


Рис. 2. Сравнительная характеристика результатов анкетирования врачей: чем определяется отношение врачебного персонала к сестринскому (%)

качествами мы имели в виду не милосердие и сострадание к пациенту, а привлекательный внешний вид.

В 2003 году медицинские сестры на первое место в 84% ставили квалификацию специалиста, на второе – личные качества медицинского персонала и на третье место – стаж. Тогда как в 2010 году и у медицинских сестер приоритеты кардинально поменялись: первое место заняли личные качества медицинского персонала (в 50%), квалификация специалиста ушла на второй план (в 40%), и на третьем месте остался стаж.

Как ни печально, но факты говорят за себя. За семь лет наметилась четкая тенденция к преобладанию личных качеств над профессиональными. Этому есть и объективное объяснение – в силу нехватки кадров медики буквально живут на работе. При этом неизбежно складываются неформальные взаимоотношения, в которых личные качества играют немаловажную роль.

По вопросу о самостоятельности осуществления медицинского ухода проявился явный прогресс. В 2010 году среди опрошенных нет врачей, кото-

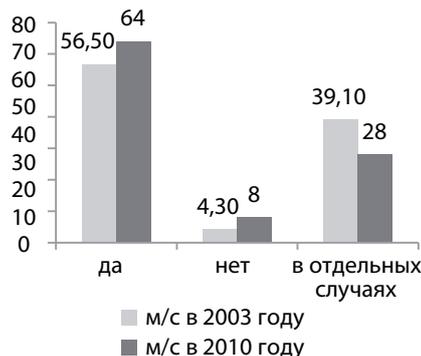


Рис. 5. Сравнительная характеристика результатов анкетирования медицинских сестер: самостоятельность осуществления сестринского ухода (%)

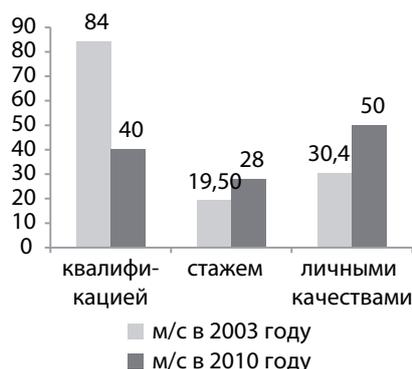


Рис. 3. Сравнительная характеристика результатов анкетирования медицинских сестер: чем определяется отношение врачебного персонала к сестринскому (%)

рые бы не признавали за медсестрами самостоятельность сестринской деятельности. В основном это связано с активной позицией кафедры теории и практики сестринского дела Тюменской медицинской академии. К занятиям с будущими врачами, к организации их практики привлекаются студенты и выпускники факультета высшего сестринского образования, демонстрирующие возможности современного специалиста сестринского дела. Кроме того, проводятся совместные конференции врачебного и сестринского персонала.

Количество медсестер, убежденных в отсутствии самостоятельных действий в работе сестринского персонала, увеличилось в два раза, что не может не беспокоить. Медицинские сестры видят, что реформа сестринского дела пробуксовывает. Программа развития сестринского дела до 2020 года, принятая единогласно на III Съезде средних медицинских работников, на реализацию которой возлагало большие надежды медсестринское сообщество, до сих пор не утверждена Приказом Министерства здравоохранения и социального развития России.

Выводы

Итак, гипотезу нашего исследования (о том, что ВСО будет способствовать росту статуса и престижа профессии медицинской сестры) мы смогли доказать лишь частично. Невнимание государства к проблемам отрасли не позволило за эти годы произойти тем позитивным изменениям в сестринском деле, которых мы были вправе ожидать.

Будущее высшего сестринского образования в России весьма туманно,

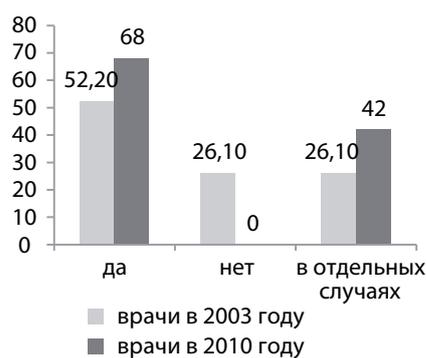


Рис. 4. Сравнительная характеристика результатов анкетирования врачей: самостоятельность осуществления сестринского ухода (%)

несмотря на модернизацию российского здравоохранения. Скептики ВСО говорят – на всех выпускников ВСО не хватает управленческих должностей. Мы в этом тезисе сомневаемся! Элементарный математический анализ наглядно покажет вам дефицит управленческих кадров с ВСО, но даже это не главное. Противникам ВСО мне хотелось бы адресовать вопрос: разве медицинская сестра, работающая на посту, особенно в учреждениях хирургического и высокотехнологичного профиля не является менеджером медицинского ухода, которая фактически организует всю работу медицинской бригады с пациентами? Коллеги, если вы готовы спорить со мной, тогда вы давно не были в современных ЛПО и не общались с медицинскими сестрами!

Два года вузы, подведомственные МЗСР России, не осуществляют прием студентов на программы по нашей специальности, в то время как в странах Западной Европы и Америки высшее образование становится единственной возможностью войти в сестринскую профессию. Страны бывшего СССР, такие как Украина, Казахстан, Литва, Латвия, Эстония готовят бакалавров сестринского дела.

Восемь российских вузов, подведомственных Министерству образования и науки, осуществили набор на бакалавриат на внебюджетной основе в соответствии с новым федеральным государственным образовательным стандартом. Но возникает вопрос: кто, каким образом, с каким методическим и материальным обеспечением готовит первых российских бакалавров. Не будет ли этот первый блин комом?

Ассоциация медицинских сестер России искренне поздравляет Анопко Валентину Петровну с успешной защитой кандидатской диссертации! Сообщество медицинских сестер исследователей в нашей стране ежегодно пополняется, лидерство в этом процессе демонстрируют и начинающие специалисты, и опытные руководители. Именно к таким – опытным, исключительно целеустремленным, отважным и решительным медицинским сестрам относится Валентина Петровна. Более 10 лет назад ее силами была создана общественная организация медицинских сестер Астраханской области, стартовало активное сотрудничество с другими регионами, успешное участие в международных проектах РАМС.

Валентина Петровна стремилась добиться не только внимания к проблемам сестринского персонала, но изменить отношение к сестре. Этот путь ей удалось проделать стремительно. Курс был изначально взят на создание в Астраханской медицинской академии факультета ВСО. Поиск союзников, приобретение важных деловых контактов в научном сообществе помогли достичь желаемого. После недолгих колебаний в 2005 году Валентина Петровна, будучи президентом Астраханской ассоциации, главной медицинской сестрой Областной клинической больницы, не постеснялась сесть за парту вместе с начинающими коллегами. Управленческий опыт, идеи по оптимизации работы сестринской службы учреждения привели и к следующему ответственному шагу – поступлению в аспирантуру. На этом этапе работы сомнений уже не было – если есть идеи, которые призваны изменить мир, имеются опыт, знания, поддержка коллег, то единственный выбор – двигаться вперед, преодолевая возникающие бюрократические препоны. Все-таки защита диссертации медицинской сестрой пока еще вызывает в определенных кругах недоверие.

В связи с успешной защитой диссертации в период углубляющегося кризиса университетского образования для сестер, редакция «Вестника» обратилась к Валентине Петровне за комментарием относительно сложившейся ситуации.

ВЫСШЕЕ СЕСТРИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

НОВЫЕ ОРИЕНТИРЫ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА



■ В.П. Анопко

к. м. н., Президент Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация»

Целью университетской подготовки сестринского персонала было обеспечение отрасли специалистами, способными эффективно осуществлять управленческую и педагогическую деятельность. К сожалению, по прошествии 20 лет в сфере высшего образования наметился кризис, причины и последствия которого сегодня подвергаются глубокому анализу.

Так сложилось, что выпускникам ВСО присваивалась квалификация «Менеджер» по специальности «Сестринское дело», и это было совершенно обоснованно. Вскоре последовали и важные для профессии государственные решения – Приказ МЗСР РФ 2009 г. № 415н, в котором были определены должности и квалификационные требования к специалистам с ВСО. Появились первые сестры – руководители хосписов, домов и отделений сестринского ухода. Разве это не прорыв, разве это не великое достижение для профессии, судьба которой в течение многих десятилетий не зависела от самих медицинских сестер?

Но были в реализации ВСО и просчеты. Многие факультеты ориентировали студентов исключительно на руководящие должности, в меньшей степени уделяя внимание роли мед-

сестры-менеджера в организации ухода на уровне работы с пациентами и их родственниками. Те выпускники ВСО, которые такой роли для себя не видели, в отсутствие вакантных должностей главных и старших медсестер пришли к разочарованию в полученном образовании.

Но были и те, кто смог себя реализовать – и на управленческих должностях, и на сестринском посту. Большой оптимизм внушает повышение интереса специалистов к научно-исследовательской работе, поступлению в аспирантуру, защите диссертации.

Объектами исследования для творчески мыслящих специалистов выступают социальная сфера, окружающая среда, качество оказания медицинской помощи, профессиональная деятельность, профессиональное здоровье, конфликты, система организации медицинской помощи, управление лечебным учреждением, и многое другое.

Конечно, это очень тяжелый, ответственный труд, но очень интересный. Не стоит думать, что успешное окончание вуза и аспирантуры, защита диссертации – это гарантия последующих благ в виде должности, почета и статуса. Но успехи в обучении и науке, подкрепленные практическим опытом и лидерскими качествами, просто не смогут не отразиться на карьере специалиста. Немаловажно и то, что успехи каждой медицинской сестры в области организации и управления, в области науки или практики сегодня жизненно необходимы для становления сестринской профессии в качестве самостоятельной дисциплины. Доказать востребованность медицинских сестер с высшим образованием и преодолеть весь негатив и инерцию – в этом должна быть стратегия каждого выпускника ВСО.

Специалист по реабилитации стомированных пациентов – миф или реальность?



■ **И.А. Калашникова**

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



■ **С.А. Фадеева**

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



■ **М.И. Черная**

Перевязочная медсестра отделения колопроктологии Городской клинической больницы им. Боткина



■ **Е.А. Артамонова**

Менеджер по рынку средств ухода за стомой компании «Колопласт»



В настоящее время в России отсутствуют сертифицированная специальность по оказанию помощи стомированным пациентам, как и специальное медицинское образование по реабилитации больных со стомой. Однако потребность в этой профессии в нашей стране в последние годы постоянно растет, поэтому обучение и повышение квалификации специалистов по реабилитации больных со стомой приобрели особую актуальность. Более того в России на сегодняшний день уже имеется более 150 обученных медицинских сестер, профессионально занимающихся уходом за стомированными пациентами.

Насколько важно и необходимо медицинским сестрам специальное обучение по оказанию помощи стомированным пациентам, можно понять лишь реально столкнувшись с этой проблемой. Перечислим лишь основные аспекты деятельности медицинской сестры по реабилитации стомированных пациентов: беседа с пациентом, осмотр, лечебно-диагностические манипуляции, обучение пациента (и/или родственников) уходу за стомой; выдача средств ухода за стомой и кон-

троль их использования, ведение медицинской документации. На первый взгляд – это обычная работа среднего медперсонала. Но учитывая специфику стомированных пациентов (трудности психологической и социальной адаптации после столь калечащей операции, значительное количество осложнений, возникающих вследствие неправильного ухода за стомой, особенности режима питания и диеты), настоящему профессионалу потребуются новые глубокие знания по психологии, реабилитологии, диагностике и лечению осложнений стомы, дерматологии и многое другое.

Предоперационная подготовка и психологическая помощь, информирование пациента о способах и средствах ухода за кишечной стомой имеют большое значение в реабилитации этой группы больных. Именно этим обусловлен высокий удельный вес затрат времени на беседу с пациентом.

Непосредственная лечебно-диагностическая работа и уход за пациентом включает: осмотр стомы и перистомальной области, маркировку стомы перед операцией, уход за пациентом с неосложненной или осложненной сто-

мой, диагностику и лечение осложнений, обучение пациента или родственников уходу за стомой.

Правильное использование продукции по уходу за стомой предполагает полноценное знание обширного спектра современных технических средств реабилитации с целью удовлетворения индивидуальных потребностей каждого пациента.

Степень ответственности в деятельности медсестры по реабилитации стомированных пациентов очень высока и сопоставима с уровнем компетентности фельдшера. Такой специалист должен уметь принимать самостоятельные решения по ведению пациента со стомой и осуществлять их в полном объеме. В странах, где служба помощи стомированным пациентам хорошо развита, профессионалов в этой области ценят очень высоко и пациенты, и медики. Обучение помощи стомированным пациентам проводится по специальной программе (140–380 часов), включающей как теоретическую, так и практическую части. В нашей стране служба реабилитации стомированных пациентов находится еще в стадии становления.

Государственный научный центр колопроктологии совместно с ведущим производителем средств ухода за стомой компанией «Колопласт» (Дания) разработали программу начального обучения медицинских сестер уходу за стомой и реабилитации стомированных пациентов. С ноября 2005 года по разрешению Министерства здравоохранения РФ начальное обучение специалистов по реабилитации стомированных больных проводится в ГНЦК на базе Центра реабилитации стомированных больных, а также в обучающем центре компании «Колопласт». Данный совместный курс проводится ежемесячно, на бесплатной основе, по окончании курса медицинские сестры получают специальный сертификат ГНЦК и сертификат компании «Колопласт».

Краткосрочный начальный курс по уходу за стомой и реабилитации стомированных пациентов рассчитан на 3 рабочих дня и сочетает теоретические и практические занятия: 18 часов, из них 8 – лекции и семинары, 10 часов – практические занятия.

С целью определения уровня подготовки и эффективности обучения спе-

циалистов по уходу за стомами проводится контрольное тестирование.

С июля 2006 года в наиболее крупных специализированных учреждениях Москвы, Петербурга и других регионов России ведется обучение на рабочем месте среднего медперсонала по уходу за стомированными больными.

Для специалистов, уже имеющих опыт практической работы, в ГНЦК при поддержке компании «Колопласт» 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). Приглашенными лекторами на таких семинарах были ведущие стоматерапевты, члены Европейской и Всемирной ассоциации стоматерапевтов: Кирстен Бах Олсен (стоматерапевт, Дания), Вибекке Кауфман (стоматерапевт, Дания) и Бронвин Кли (стоматерапевт, Австралия).

Сейчас в ГНЦ колопроктологии ведется разработка специальной образовательной программы по реабилитации стомированных пациентов с учетом опыта отечественных специалистов и в соответствии с международными стандартами. Совместно с РАМС ведется работа по созданию профессиональных стандартов по реабилитации стомированных пациентов.

Все шире используются выездные консультации ведущих специалистов по уходу за стомой в регионы. На них приглашаются наиболее сложные больные, которые при этом получают адекватную высококвалифицированную помощь. Такого рода мероприятия оказываются полезными и для медиков, так как во время консультаций проводится их практическое обучение. Мы также начали практиковать обучение на рабочем месте в ведущих зарубежных стоматерапевтических клиниках.

Однако в России пока еще мало специалистов по уходу за стомой и реабилитации стомированных больных и уровень их специальной профессиональной подготовки еще невысок. По этой причине ГНЦК и «Колопласт» создали подробные, хорошо иллюстриро-

ванные брошюры и плакаты по уходу за стомой для больных. В них представлен широкий ассортимент средств ухода за стомой и подробные инструкции по их применению для больных с илео-, коло- и уростомами. Разработаны рекомендации по диете для стомированных больных. Созданы пособия, видеоматериалы и плакаты для медицинских сестер по строению желудочно-кишечного тракта, видам и местам наложения стом, маркировке стом, по уходу за стомированными пациентами в раннем послеоперационном периоде, диагностике осложнений. При сотрудничестве с Международным консультативным советом «Колопласт», в который входят ведущие стоматерапевты мира, участвовали в разработке электронного руководства по диагностике и лечению перистомальных кожных осложнений, которое в скором времени станет доступно для наших специалистов на русском языке.

В последние годы специалисты из России активно принимают участие в международных конгрессах по стоматерапии.

Несмотря на некоторые успехи в организации образования по реабилитации стомированных больных, мы осознаем проблемы и видим перспективы их решения. Основными вопросами, требующими скорейшего разрешения, являются государственная сертификация программы обучения по стоматерапии и включение ее в обязательную программу для среднего медицинского персонала.

В наших планах – разработка и внедрение заочных форм обучения, подготовка специалистов за рубежом, создание обучающих сайтов для специалистов и для пациентов.

Мы полагаем, что при использовании новых организационных форм работы сестринского персонала, самостоятельно принимающего решения в рамках своей компетенции, отмечается не только клинично-экономический эффект медицинской помощи, но и моральная удовлетворенность медицинских сестер в своей профессиональной деятельности; меняется отношение к медицинской сестре со стороны врачей, пациентов и их родственников.

Своим девизом мы избрали выражение: «Дорогу осилит идущий...»

НЕ СКРЫВАТЬ ОТ ПАЦИЕНТА ПРАВДУ – ЗНАЧИТ ПРОЯВЛЯТЬ К НЕМУ УВАЖЕНИЕ



■ **Том Фаллер,**
 Доктор философии,
 профессор кафедры
 медицинской этики.
 Университет Портленда,
 Портленд, штат Орегон,
 США

Клиническая ситуация:

Пациенту был назначен препарат, восстанавливающий ритм сердца и снижающий частоту сердечных сокращений (кордарон). Медсестра перепутала препарат и ввела пациенту норадреналин, после чего состояние пациента резко ухудшилось. После стабилизации состояния врач объяснил пациенту причину случившегося, солгав, что это была аллергическая реакция на кордарон.

Как поступить в данной ситуации? При каких обстоятельствах введение пациента в заблуждение оправдано?

Анализ:

Этическая дилемма правдивого информирования пациента очень часто заключается в том, чтобы найти правильный момент, подобрать самые верные и нужные слова, хотя в ряде случаев правда слишком очевидна. Решение этической дилеммы правдивого информирования пациента для медицинских работников всегда лежит в плоскости защиты больного от вреда, обеспечения его благополучия.

Правдивость по отношению к пациенту – это исконная этическая норма, запечатленная и в клятве Гиппократа, и в клятве Флоренс Найтингейл, и в современных этических кодексах, в том числе Этическом кодексе

медицинской сестры России. Тем не менее иногда медицинские работники, подобно врачу из данной клинической ситуации, полагают наивысшим благом для пациента откровенную ложь.

Главным аргументом в защиту лжи или неправды в медицине остается долг профессионала защитить пациента от вреда. И действительно, иногда сообщение правды может кому-то нанести вред. Но в указанном случае в будущем вред может нанести не правда, а именно ложь – ведь пациент может отказаться от приема кордарона, будучи уверенным, что этот препарат для него опасен.

В то время как некоторые считают, что неправдивая информация соответствует традиционной этической задаче сохранения благополучия пациента – а это основной аргумент в защиту лжи, – существует и другая позиция. Временами за проблемой правдивого информирования пациента стоит беспокойство вовсе не о его благополучии, а беспокойство о третьем лице или о самом себе.

В таких ситуациях обоснование лжи за счет неблагоприятных последствий для пациента абсолютно расходится с профессиональным долгом честности и правдивости по отношению к больному.

Более того, этический принцип полноты оказания медицинской помощи, который требует от медицинских работников уважения к морали, выполнения обещаний, защиты того, что правильно, а также совместной работы с коллегами, сохранения хороших отношений в коллективе, может привести некоторых лиц даже к лжи пациенту в защиту своего коллеги.

Но стоит вспомнить, что цель не оправдывает средства. Ложь, будь она произнесена даже из добрых побуждений, способна в конечном итоге нанести огромный вред. Более того, ложь может запустить цепочку грубых этических нару-

шений прав пациента – неправдивая информация не позволит больному принять информированное, осознанное решение о своем лечении, будет нарушена автономия пациента, защищать которую – долг каждого медицинского работника.

Ложь является серьезным препятствием к сохранению автономии пациента. Поэтому не случайно, что повышение ценности автономии пациента шло рука об руку с ростом значимости правдивости по отношению к больным.

Главные аргументы в поддержку лжи коренятся в необходимости защиты благополучия пациента, главные аргументы в защиту правды – в необходимости сохранения его автономии.

«Правдивое информирование пациента для последующего осознанного выбора составляет его право на самоопределение и свободу воли – основу уважения к человеку» – Американская ассоциация медсестер.

Если мы уважаем пациентов, наша задача сообщать им правду. И наоборот, лживая информация в адрес пациента подрывает его возможности принять рациональное решение, сделать обдуманый выбор, демонстрирует пренебрежение его правами, унижает достоинство пациента.

К настоящему времени специалисты в области медицинской этики сошлись во мнении о том, что правда в медицине наделена наивысшим приоритетом, даже в том случае, если правда может нанести вред.

Дело в том, что правда, какая бы она ни была, может нести потенциальный вред, однако вместе с тем она всегда несет и благо, причем вполне конкретное, поддающееся четкому измерению. В частности, правдивая информация о совершенной ошибке способна изменить ход лечения в благоприятном для пациента направлении, способна внести

системные коррективы в деятельность работников во благо множества пациентов.

В дополнение ко всему, сегодня активно развивается направление работы медперсонала по минимизации вредных для пациента последствий правды, совершенствуются практики сестринского ухода и общения у постели больного.

Таким образом, за исключением редчайших случаев, когда пациенту сообщается не вся правда или не вся правда сразу, самым безопасным и этически верным для медицинских работников выступает полная правдивость.

Необходимость правдивости по отношению к пациенту имеет и еще одно веское основание. Оказывая медицинскую помощь пациенту, мы рассчитываем, что получим от него полную, исчерпывающую и правдивую информацию; в ответ пациент ожидает того же. Нарушение правдивости со стороны медицинского работника способно подорвать доверие пациента

к медицинской службе, нарушить процесс установления доверительных взаимоотношений. Только представьте себе, какая картина здравоохранения и медицинских работников сложится у пациента, когда он в конечном итоге узнает, что врач ввел его в заблуждение?

В искомой ситуации ответ однозначен – ложь пациенту не была оправдана, вслед за медицинской была совершена грубейшая этическая ошибка.

Что же касается иных ситуаций, где правда не соотносится с защитой медицинского работника, а действительно способна нанести вред пациенту, одним из нерешенных и этически сложных вопросов все еще остается вопрос о том, когда сокрытие правды или введение пациента в заблуждение в защиту его благополучия может быть оправдано в нарушении автономии пациента и его способности принять информированное и осознанное решение.

БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА В ХОДЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ



■ Ю.В. Беневоленская

Медицинская сестра-анестезист,
ОРИТ № 3, Ленинградская областная
клиническая больница

Введение

Безопасность пациента и успешное выполнение оперативного вмешательства являются главной задачей анестезиологического обеспечения любой операции, особенно кардиохирургической. Кардиохирургические операции – единственные операции, которые проходят с подключением искусственного кровообращения, поэтому они считаются самыми сложными по проведению анестезиологического пособия.

Современная сестра-анестезист, работающая в кардиохирургической операционной, должна обладать достаточными знаниями, практическими навыками, чувством ответственности за выполняемую работу. От ее профессионализма, мастерства зависит успех работы анестезиолога и перфузиолога, особенно в экстремальных ситуациях, возникающих в ходе операции. Базовым аспектом в организации работы нашей службы является знание и точное выполнение разработанного совместно с врачом протокола анестезиологического обеспечения и искусственного кровообращения кардиохирургических операций. Под этим понимается определённая стандартная последовательность действий сестры в течение всей операции. Весь периоперационный период можно

разделить на ряд этапов: подготовка к операции, вводная анестезия, предперфузионный период и перфузия. Каждый из этапов имеет свои индивидуальные особенности, и задача медсестры-анестезиста – знать четкую последовательность их выполнения.

К сожалению, на сегодняшний день не существует разработанных алгоритмов для работы медицинской сестры для перфузии, так же как и по самой дисциплине – перфузиологии, поэтому было бы целесообразно разработать подробно все этапы работы в кардиохирургической операционной, чтобы в дальнейшем на этой основе можно было создать пособие для медсестёр-анестезистов, работающих в этой области.

Подготовка к анестезии

Основными приборами для мониторинга в кардиохирургической операционной служат: пульсоксиметр, газоанализаторы, аппарат для мониторинга гемодинамики, ЭКГ, датчики температуры тела. Всю аппаратуру подключаю к сети и перевожу в рабочее состояние. Камеры для измерения АД, ЦВД и ДЛА заполняются стерильным физиологическим раствором с помощью системы для заполнения.

Накрывается рабочий стол анестезиста: в стерильной пеленке раскладываются маркированные одноразовые шприцы с препаратами для вводной анестезии и реанимационным набором (раствор адреналина и мезатона в р а з в е д е н и и

1:100 и 1:10). Готовятся системы для инфузии и вешаются на стойку в изголовье операционного стола.

На втором столе готовится всё для интубации: ларингоскоп (предварительно убедившись, что он в рабочем состоянии), интубационные трубки разных размеров, желудочный зонд, санационные катетеры, флакон стерильного физиологического раствора, наклейки разных размеров для фиксации зонда и интубационной трубки, проводник, шприц для раздувания манжетки эндотрахеальной трубки.

На столе для анестезиолога раскладываются: наборы для катетеризации периферических вен, набор для катетеризации лучевой (бедренной) артерии, перевязочный и шовный материал, пеленки, шприцы, хирургический инструментарий. Для автоматизированной подачи лекарственных препаратов в течение всей операции на стойке закрепляются инфузоматы. Скорость введения препаратов определяет врач.

Подготовка к работе аппарата искусственного кровообращения

Вскрыв стерильную упаковку, собирается контур аппарата ИК – закрепляется кардиотом и оксигенатор на хол-



дере, заводятся и закрепляются в ролики магистрали, подсоединяются к кардиотому и оксигенатору, на ловушку и к оксигенатору прикрепляются шунты (для сброса избыточного давления). Присоединяется магистраль к низкочастотному смесителю газов и оксигенатору. Закрепляется система для переливания кардиоплегического раствора и для аутозабора крови. В дозатор помещается шприц с кардиоплегическим раствором и присоединяется к системе для кардиopleгии. Проверяется, всё ли правильно собрано, надёжно ли закреплено. Затем аппарат заправляется растворами и препаратами (раствор Рингера, раствора маннитола 15%; раствор натрия гидрокарбоната 4%; аминокaproновая кислота; магния; антибактериальный препарат и гепарин). Накладываются зажимы на артериальную и кардиоплегическую магистрали. Подсоединяется теплообменник к аппарату и к

матрасу на операционном столе. Включается теплообменник в режиме изгнания пузырей воздуха. После его завершения выставляется температура (36° С). Включается аппарат и заправляется контур, при этом необходимо удалить пузырьки воздуха из ловушки. Когда весь воздух удален, снижается скорость и аппарат оставляется на рециркуляции. Он готов к работе. Пакет со стерильными магистралями, которые после канюляции соединяются с первичным контуром, отдается операционным сестрам.

Пациента доставляют в операционную на каталке в состоянии умеренной седации после премедикации и укладывают на операционный стол в положение на спине. Подсоединяют к пациенту электроды для контроля ЭКГ, на один из пальцев накладывают датчик пульсоксиметра. Через лицевую маску наркозного аппарата подается кислород (8–10 л/мин).

Для пункции периферической вены и лучевой артерии правую руку пациента укладывают на подлокотник. Кожу предплечья и кисти обрабатывают трижды дезраствором. Врач производит канюляцию вены, начинается капельная инфузия раствора, вид раствора и

температура определяет врач. Пункция и канюляция артерии под местной анестезией выполняется анестезиологом. После канюляции через трехходовый переходник и удлинитель, заполненный физиологическим раствором с гепарином, артериальную систему подсоединяют к специальной камере для прямого измерения АД. Венозные и артериальные канюли крепятся к коже специальными наклейками. С первой минуты пребывания пациента в операционной фиксируются данные гемодинамики (АД и ЧСС) в анестезиологической карте, а также заполняется ее паспортная часть, куда заносятся данные о росте, весе, возрасте, площади поверхности тела. Анестезиологическая карта является основным профессиональным и юридическим документом, где обязательно отмечаются во времени все хирургические манипуляции, лечебные мероприятия и основные параметры гомеостаза (АД, ЧСС, ЦВД, ДЛА, температура тела пациента).

Каждый пациент рассматривается как потенциальный источник инфекции, поэтому медицинский персонал в течение всей операции работает в перчатках, с соблюдением всех санитарно-противоэпидемических правил.

Каждый пациент рассматривается как потенциальный источник инфекции, поэтому медицинский персонал в течение всей операции работает в перчатках, с соблюдением всех санитарно-противоэпидемических правил.

Вводная анестезия

План вводной анестезии и интубации трахеи обговаривается с врачом-анестезиологом заранее. Препараты должны быть набраны в маркированные шприцы тоже заранее по принципу – каждому препарату свой шприц. Как правило, для вводной анестезии мы применяем дормиком, кетамин, ардуан, фентанил, иногда – пропофол, тиопентал натрия. У кардиохирургиче-



ских больных со скомпрометированной сердечно-сосудистой системой все препараты для вводной анестезии должны вводиться медленно. Непосредственно перед инъекцией я называю рекомендованный анестезиологом препарат и его дозу. Это правило касается всех препаратов и растворов, применяемых в течение всей операции, поскольку ситуация во время работы с такими пациентами иногда быстро меняется и рекомендуемый врачом препарат или его доза могут быть срочно изменены или вообще отменены.

После засыпания больного и его полной релаксации я ассистирую врачу в выполнении интубации трахеи, подаю заранее приготовленный ларингоскоп, обработанную специальным силиконом интубационную трубку определенного врачом размера, желудочный зонд. После интубации трахеи раздуваем манжету трубки шприцем с воздухом. После установки трубки в правильное положение (определяет врач), фиксируем ее к коже лица пластырем. При помощи манометра контролируется давление в манжетке интубационной трубки. Для предотвращения высыхания роговицы производится фиксация век пластырем в сомкнутом состоянии.

После катетеризации анестезиологом одной из центральных вен (как правило, мы используем правую внутреннюю яремную вену) посредством трехходового переходника и удлинителя, заполненных физиологическим раствором с гепарином, катетер соеди-

У кардиохирургических больных со скомпрометированной сердечно-сосудистой системой все препараты для вводной анестезии должны вводиться медленно.

няют с камерой монитора для постоянного измерения ЦВД.

Для катетеризации мочевого пузыря используют набор, в состав которого входят: стерильный лоток и перчатки, катетер Фолея, пинцет, перевязочный материал, стерильное вазелиновое масло, шприц с раствором (10 мл) для заполнения манжеты катетера. После выполнения манипуляции катетер присоединяют к специальному резервуару для сбора мочи и контроля за темпом ее выделения. Мониторинг температуры тела пациента осуществляется с помощью температурных датчиков, введенных в носоглотку и подмышечную область.

Пробы крови для определения газообмена, КОС, электролитного состояния, свертывающей системы, забирают из центральной вены и артерии после вводной анестезии.

Предперфузионный период

Методику основной анестезии, выбор препаратов для нее определяет врач. Широко используется многокомпонентная комбинированная анестезия. Профилактика внутрибольничной инфекции является одной из важных составляющих благополучного исхода оперативного вмешательства.

Схема антибактериальной терапии определяется до операции врачом-фармакологом. По его рекомендации препарат вводят внутривенно до кожного разреза и в АИК.

Перед канюляцией аорты и полых вен по команде хирурга внутривенно вводят заранее набранную расчетную дозу гепарина и громко оповещают об этом всех: «Гепарин введен!». Это важно

знать всем, поскольку только после этого можно канюлировать магистральные сосуды и быть готовым к началу ИК. Через 5 минут после введения гепарина надо вновь взять пробу крови из артерии для определения активированного времени свертывания (АВС). В настоящее время в кардиохирургии внедряются принципы «бескровной хирургии», направленные на ограничение использования компонентов донорской крови ввиду многих отрицательных воздействий на организм больного и опасности заражения различными инфекционными заболеваниями, включая гепатиты и ВИЧ. Для уменьшения применения донорской крови необходимо максимальное сохранение крови больного. Для этого до разреза у пациента в заранее приготовленные гемокконы осуществляется забор аутокрови по результатам анализа крови. Количество забранной аутокрови может достигать до литра.

Период искусственного кровообращения

По команде хирурга перфузиолог и медсестра-анестезист подсоединяют магистраль с операционного стола к ранее собранному контуру аппарата искусственного кровообращения, заполняют их, оповещая оператора о готовности АИКа к работе. Перед началом ИК по согласованию с оператором пациент охлаждается с помощью теплообменника до определенной температуры (в зависимости от объема оперативного вмешательства). Начало ИК – ответственный период, который требует тщательного наблюдения за гемодинамикой со стороны хирурга, анестезиолога и перфузиолога. Во время канюляции вен, особенно при гиповолемии может возникнуть аритмия и дестабилизироваться гемодинамика. Подпор крови из АИКа в аорту помогает поддерживать АД в этот период. Поэтому аорту предпочтительнее канюлировать до

введения венозных канюль. При гипотензии можно экстренно начать ИК, если канюлирована хотя бы одна полая вена. С началом ИК происходит снижение АД и ЦВД в связи с преобладанием венозного оттока крови в АИК над поступлением ее в аорту. Снижение АД – результат гемодилюции и уменьшения гематокрита, а также начала непугливающего потока. Повышение ЦВД и видимый застой крови в верхней половине туловища и голове указывают на общий неадекватный дренаж венозной крови (перегиб, смещение венозных канюль, воздух). Это требует ревизии и исправления, поскольку помимо венозного застоя в сосудах мозга плохой венозный дренаж приводит к снижению перфузионного индекса. При адекватном венозном дренаже и отсутствии гиповолемии ЦВД поддерживается на уровне 2–3 мм рт. ст., а АД на уровне 60–80 мм рт. ст. По команде хирурга начинается искусственное кровообращение. После выхода на расчетную скорость наркозно-дыхательный аппарат отключается.

Заполняется кардиоплегическая магистраль и перфузиолог сообщает о готовности к пережатию аорты. Аорта пережата, начинается кардиopleгия, которая повторяется с определенным интервалом. На пятой минуте, а далее – каждые 30 минут берутся анализы и пробы на АВС. В зависимости от проб на АВС корректируется доза гепарина. Во время ИК все анализы, пробы на АВС и лекарственные препараты берутся и вводятся в АИК. К моменту окончания основного этапа операции оператор командует о начале согревания больного, пришиваются электроды к сердцу.

При кардиотомии важное значение имеет эвакуация воздуха из полостей сердца. Перед снятием зажима с аорты, во избежание воздушной эмболии сосудов головного мозга больного переводят в положение Тредленбурга. Технические приемы эвакуации воздуха включают: дренаж восходящей аорты, увеличение работы дренажа из левого желудочка или легочных вен по мере заполнения сердца после снятия зажима; дополнительная пункция верхушки ЛЖ или левого предсердия и др. Возобновление ИВЛ, разду-



вание легких после заполнения правых отделов сердца способствуют эвакуации воздуха из легочных вен и заполнению левых камер сердца кровью. При адекватной защите миокарда восстановление ритма происходит спонтанно. Если этого не происходит, проводится дефибрилляция. Для повышения ее эффективности вводится (по указанию врача) лидокаин, магния. Процесс перехода с ИК на естественное кровообращение заключается в постепенном последовательном уменьшении производительности АИК (70, 50, 30%), наполнении сердца и увеличении его нагрузки. Перемещение перфузата в кровеносное русло больного осуществляется путем частичной окклюзии венозной магистрали. Объем этого перемещения не должен превышать 100–150 мл/мин, чтобы сердце могло его принять. Если снижение производительности, перемещение перфузата сопровождается повышением АД, видимой хорошей сократимостью миокарда, отсутствием аритмий; ЦВД, давление в ЛП или диастолическое давление в легочной артерии при этом не повышается больше, чем на 10–12 мм рт. ст., то это свидетельствует об адекватности сократимости миокарда и нормальной преднагрузке.

Можно уменьшать венозный возврат до минимума, убрать левый дренаж, пережать венозную магистраль и остановить работу АИК. Остатки крови из аппарата вернуть пациенту до окончания нейтрализации гепарина. После окончания ИК фиксируем количество мочи, выделенной за время ИК, подсчитываем общий баланс за время перфузии. Карта, которая ведется во время ИК, где отмечаются этапы операции, время и вид кардиopleгии, количество аутозабора, препараты, введенные во время ИК, водный баланс, вклеивается в историю болезни.

Постперфузионный период

Период перехода на самостоятельное кровообращение и стабилизация всех параметров гомеостаза пациента являются наиболее ответственным и сложным периодом анестезии. Возможность развития сердечной и сосудистой недостаточности, нарушения ритма, кровотечений требует постоянного внимания и готовности анестезиологической бригады. При благоприятном течении в постперфузионном периоде для нейтрализации гепарина вводится расчетная доза протамина. Через 10–15 мин нужно



вновь взять пробу крови для определения свертываемости, газов крови, показателей КОС, электролитов. По назначению врача проводится переливание аутокрови, коллоидных и др. растворов.

В конце операции вместе с врачом проводится подсчет перелитых растворов, фиксируются диурез, кровопотерю пациента, подводят общий баланс жидкости. Данные записываются в анестезиологическую карту, туда же заносятся особенности проведения анестезии. После окончания операции фиксируют наклейками центральные венозные катетеры, удаляют пластырь с век пациента и помогают переместить больного на кровать, поданную из отделения. Все растворы и дозаторы со шприцами также помещаются на кровать. Пациента подключают к транспортному монитору и переносному дыхательному аппарату и в сопровождении анестезиолога, перфузиолога и сестры-анестезиста транспортируют в палату реанимации.

Заключение

Ежегодно число выполняемых кардиохирургических вмешательств у больных как с острым коронарным синдромом, хронической ишемической болезнью сердца,

так и с патологией клапанов сердца неуклонно растет. Это делает всё более актуальной оптимизацию работы медсестер-анестезистов, работающих в кардиохирургической операционной

«У нас численность населения составляет около 145 млн человек, значит, по стандартам Всемирной организации здравоохранения, нужно выполнять каждый год не менее 145 тысяч операций на открытом сердце. Кроме того, требуется примерно 300 тысяч интервенционных вмешательств», – отметил в интервью газете «Известия» Лео Бокерия.

Следуя этой мысли и учитывая плотность населения и площадь Ленинградской области, можно легко подсчитать, что потребность в кардиохирургических операциях превышает цифру 1500 операций в год. Эти данные позволяют определить потребность в кардиохирургической помощи только взрослому населению, без учета детской кардиохирургической помощи. Поэтому логично предположить, что количество операций на открытом сердце будет увеличиваться год от года, что требует разработки алгоритмов для обучения молодых специалистов работе в этой отрасли медицины.



ПОСТАНОВКА ВОПРОСОВ

ВАЖНЫЙ ЭТАП ВНЕДРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ



■ Мария Драйвер



■ Джанет Ларсон



■ Барбара Мандлеко

Две предыдущие публикации в рубрике «Сестринские исследования» («Вестник» № 1 и № 2 за 2011 год) были посвящены теме постановки вопросов для проведения научного исследования. Данная тема актуальна не только для проведения научного исследования, но и для применения уже имеющихся научных данных с целью совершенствования сестринского ухода. Поэтому в настоящей статье мы рассмотрим, какую роль играет постановка вопросов при внедрении доказательной медицины.

Определение доказательной практики

Применение научных данных на практике становится обязательным для всех дисциплин, связанных с оказанием медицинской помощи. Научные открытия определяют пути совершенствования лечения и ухода, способы наиболее эффективного использования времени и финансовых средств.

Все это является более чем достаточным основанием, для того чтобы медицинские сестры проложили себе дорогу к научным данным, чтобы эти данные использовались в рутинной практике ухода за пациентами и членами их семей, т. е. для того чтобы доказательная практика стала реальностью здравоохранения.

Доказательная сестринская практика – это практика, в ходе которой при принятии решений, осуществлении действий и взаимодействия с пациентами и их родственниками, применяются данные научных исследований. Доказательная практика интегрирует наилучшие доступные научные данные с экспертным опытом сестринского персонала, предпочтениями и ценностями пациентов, их близких, тех сообществ, которым предоставляется помощь. (Мельник и Файнаут-Оверхолт. Положение о доказательной практике. «Сигма Тета Тау Интернейшнл», 2005). Доказательная практика – это наилучшая методика решения проблем, призванная стать неотъемлемой частью процесса принятия клинических решений и играть ключевую роль в достижении пациентами наилучших результатов лечения.

Определение доказательной практики формировалось с течением длительного периода времени, но его ключевыми компонентами остались исследование и образцовая практика, предпочтения и ценности пациента, а также клинический опыт и экспертные знания медсестер. Поскольку внедрение научных данных в практику связано с преодолением определенных препятствий, доказательная практика обсуждается в контексте клинических обстоятельств, той среды, в которой осуществляется сестринский уход (Салмонд, 2007).

Роль вопроса в доказательной практике

Применение научных данных во многом зависит от медицинских се-

стер, от того, подвергают ли они сомнению свои действия при оказании помощи, стремятся ли они к тому, чтобы технологии сестринского ухода совершенствовались. Такие медицинские сестры обычно задаются вопросом: почему мы оказываем помощь именно таким образом? Что могло бы помочь нашим пациентам, их близким добиться лучших результатов лечения? Каким образом сделать так, чтобы сестринский уход в большей степени отвечал ожиданиям и потребностям пациентов и их близких?

В связи с тем, что медицинские сестры и другие специалисты проводят все больше научных исследований, направленных на совершенствование медицинской помощи, перед практикующими специалистами встает задача: как наиболее эффективно и результативно применять данные исследований в ответ на проблемы и вопросы клинической практики.

В научной литературе отмечается, что поиск научных данных должен быть эффективным и своевременным – научно обоснованные ответы на вопросы клинической практики важно находить вовремя (Салмонд, 2007).

Важнейшей составляющей научно обоснованной практики является точная формулировка «сфокусированного» вопроса. Сторонники доказательной медицины предложили своеобразную «анатомию», которая носит название формулы PICO и дает возможность практикующим медицинским работникам определить четыре компонента хорошо сформулированного вопроса ПВСИ: пациент, вмешательство, сравнение, исход (Patient, Intervention, Comparison and Outcome – PICO в англоязычной литературе). Преобразование практических проблем в вопросы с помощью этой схемы позволяет сформулировать прицельный, качественно структурированный вопрос, поиск ответа на который будет максимально эффективным. Научный поиск осуществляется с помощью электронных библиотек, поисковые системы

реагируют на вопросы в формате ПВСИ наилучшим образом, отсекая лишние источники информации. Сужение информационных источников весьма важно, учитывая наличие сотен тысяч научных публикаций по отдельным разделам медицины.

Из приведенной таблицы 1 вы познакомитесь с каждым компонентом вопроса и его определением.

Первый элемент вопроса – категория пациентов. Иными словами, мы обозначаем, ради каких пациентов, с какой проблемой мы ставим данный вопрос.

Второй элемент вопроса – это вмешательство или тот вид лечения, который призван повысить качество ухода. Таким вмешательством в данных вопросах часто становится идея медицинской сестры, которая, на ее взгляд, может содействовать пациенту в выздоровлении, поможет добиться более благоприятных результатов.

Третий элемент – это сравнение. Чаще всего задуманное вмешательство сравнивается со стандартным видом оказываемой помощи.

И, наконец, четвертый элемент – тот конечный клинический исход, которого нужно добиться.

Отправной точкой при постановке вопроса становится новый вид вмешательства или лечения, эффективности которых нужно дать научную оценку и обоснование. Далее к ним подбираются другие компоненты вопроса.

Приведенные примеры не только проиллюстрируют применение формата ПВСИ, но и помогут сформулировать такой вопрос правильно (табл. 2).

В одном из этих примеров используется сравнение, т. е. имеются все компоненты вопроса в формате ПВСИ. В другом вопросе сравнение не проводится.

Важно отметить, что формулировка вопросов в формате ПВСИ требует практических навыков; рекомендуется при формулировке таких вопросов прибегать к помощи коллег и библиотечных работников. Библиотекари не только помогают правильно подобрать слова при формулировке ПВСИ вопроса, далее они содействуют в поиске научной литературы, которая отвечает поставленному вопросу. Поэтому их участие на этапе формулировки вопроса позволяет им более детально изучить вопрос и те основания, кото-

Табл. 1. Формулировка клинического вопроса для поиска научных данных (адаптировано из Мельник и Файнаут-Оверхольц, 2005)

Категория пациентов	Пациенты определенной группы (возрастной, половой, этнической) с имеющимся заболеванием. Например, пациенты с сердечной недостаточностью
Вмешательство	Конкретное вмешательство или ряд вмешательств, интересующие особенности, факторы риска или предрасположенность к заболеванию
Сравнение	Сравнение вмешательств или сравнение групп; с чем вы намерены сравнить вмешательство, в каких группах: например, с группой без заболевания, с группой, получающей плацебо, с группой, не получающей вмешательства/лечения, или с группой без факторов
Исход	Искомый результат: например, риск заболевания, точность диагноза, частота возникновения неблагоприятного исхода

Табл. 2. Примеры вопросов для поиска научных данных (адаптировано из Салмонд, 2007)

Пациент	Вмешательство	Сравнение	Исход
Помогает ли пациентам с хронической болью в спине?	Ведение дневника		Снизить боль и повысить физические возможности?
Помогает ли взрослым пациентам с ограниченной подвижностью?	Прогулка с помощью медсестры дважды в день	В сравнении со стандартной физиотерапией	Увеличить независимость и физические возможности?

рые послужили причиной для его постановки. Всё это поможет сделать поиск научной литературы более точным и полным.

Контекст постановки вопросов для поиска научных данных

Медицинские сестры работают вместе, составляя в идеале команду единомышленников, нацеленную на предоставление качественной и отлично скоординированной сестринской помощи. Как ранее отмечено, формулировка вопросов в формате ПВСИ требует навыков. Взаимодействие с коллегами не только облегчит формулировку вопроса, но также поможет внедрить в работу в качестве нормы обсуждение в кругу сестер различных аспектов ухода, своих беспокойств по поводу качества помощи, перспективных идей по его повышению. Обсуждение вопроса в формате ПВСИ также помогает сформировать из числа медицинских сестер коалицию для дальнейшего поиска научных данных, способных изменить сестринский уход в лучшую сторону. Поэтому очень важно, чтобы в процессе постановки ПВСИ вопроса участвовали все члены сестринской команды учреждения, оказывающие помощь определенной категории пациентов. Это позволит провести более масштабную работу, обнаружить наилучшие научные данные

для ответа на поставленный вопрос. Кроме того, будучи изначально вовлеченными в процесс постановки вопроса, в процесс поиска научных данных, в их обсуждение и совместное принятие решения относительно наилучшего способа оказания помощи, медицинские сестры сформируют наиболее благоприятный контекст для последующего внедрения изменений в свою практику.

Процесс внедрения доказательной практики и последующие шаги

Постановка вопроса для поиска научных данных является первым этапом в процессе внедрения доказательной практики, направленной на совершенствование сестринского ухода. Согласно Силиске (2005, с. 345) и Мельнику и Файнаут-Оверхольцу (2005) процесс внедрения доказательной практики включает в себя 5 этапов:

1. Постановка клинического вопроса, предпочтительно в формате ПВСИ.
2. Поиск научной литературы, отвечающей сформулированному вопросу.
3. Критический анализ подобранной научной литературы на предмет ее достоверности, соответствия проблеме и применимости.
4. Внедрение изменений на практике, включая интеграцию научных данных с экспертным опытом сестер и образцовой практикой, оценкой со-

стояния пациентов и доступности ресурсов в учреждении, а также с предпочтениями и ценностями пациентов.

5. Оценка внедренного изменения на предмет достижения желательных результатов лечения пациента и других показателей, достигнутых для улучшения оказания медицинской помощи.

Последовательное выполнение пяти этапов внедрения доказательных данных позволят медицинским сестрам понять, имеется ли в существующей научной литературе ответ на поставленную ими проблему, можно ли доверять имеющемуся ответу, возможна ли реализация изменений в клинике для решения проблемы на основе научных данных.

Использование этой модели рекомендуется в повседневной практике.

Только в этом случае у медицинских сестер сформируется опыт, при котором научный поиск не будет вызывать страхов и неуверенности. И именно в этом случае появится шанс на то, чтобы доказательная сестринская практика стала реальностью для каждого медицинского учреждения, а между научными открытиями и практическими инновациями не было разрыва в 25–30 лет, существенно снижающего эффективность медицинской помощи.

Итак, в этой статье мы осветили первый из пяти этапов внедрения доказательной практики. В дальнейших публикациях в рамках научной рубрики мы продолжим рассматривать другие этапы, обязательно уделим внимание изучению ресурсов, необходимых для внедрения доказательной медицины.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Силиска Д. (2005). Обучение доказательной практике. Журнал профессиональной сестринской практики, 21(6): 345–350.
2. Мельник В.М., Файнаут-Оверхолт Е. Доказательная практика в сестринском деле и здравоохранении: Руководство для образцовой практики. Филадельфия: Липпинкольт Уильям и Уилкинс, 2005.
3. Невилл К., Хорбэт С. (2008). Доказательная практика: формирование среды для постановки вопросов в ответ на клинические проблемы. Сестринское дело в ортопедии, 27(6): 331–337.
4. Салмонд С.У. (2007). Развитие доказательной сестринской практики. Сестринское дело в ортопедии. Март/Апрель, 26(2): 114–123.

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЙ ЭНДСКОПИИ – ОПЕРАЦИОННЫЕ, ПРОЦЕДУРНЫЕ ИЛИ ПАЛАТНЫЕ?

ВОПРОС:

Здравствуйте! Медицинские сестры эндоскопического отделения обращаются в адрес РАМС с просьбой о консультации. Подскажите, как нам следует поступить в сложившейся ситуации?

В связи с переходом в 2009 году на отраслевую систему оплаты труда изменился порядок оплаты работников эндоскопического отделения учреждения, а именно эндоскописты учреждения перестали считаться специалистами хирургического профиля, что

привело к расчету заработной платы не по хирургической ставке 4800 руб., а по ставке врача-специалиста 4400 руб.

Медицинские сестры нашего отделения ранее табелировались как процедурные сестры, после введения же новой системы стали табелироваться как палатные медицинские сестры. Разумеется, это вызвало снижение заработной платы. Кроме того, все сотрудники эндоскопического отделения нашего уч-

реждения лишились возможности получения пенсии по выслуге лет (ранее, до введения новой системы, стаж учитывался как год за полтора).

В ответ на нашу просьбу вернуть ставки процедурных медсестер отделению была предоставлена только одна такая ставка. При этом в отделении выполняется множество внутрипросветных операций и манипуляций, при каждой из которых палатная медсестра ассистирует врачу.

ОТВЕТ:

Ассоциация медицинских сестер России, рассмотрев Ваше обращение, сообщает, что, к сожалению, Ваше обращение не содержит достаточных исходных данных. Для того, чтобы разобраться в имеющейся у Вас проблеме, необходимо располагать пакетом документов, в том числе необходимо представить штатные расписания (старое и новое), положение об оплате труда, трудовые договоры, документы о введении новой системы оплаты труда, должностные инструкции, и т. п.

Вместе с тем Ассоциация медицинских сестер, исходя из поставленных в обращении вопросов, разъясняет следующее:

1. По наименованию должности

В соответствии со ст. 57 ТК РФ, если в соответствии с ТК РФ, иными федеральными

законами с выполнением работ по определенным должностям, профессиям, специальностям связано предоставление компенсаций и льгот либо наличие ограничений, то наименование этих должностей, профессий или специальностей и квалификационные требования к ним должны соответствовать наименованиям и требованиям, указанным в квалификационных справочниках, утверждаемых в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации.

Учитывая, что работа на врачебных должностях и должностях среднего медицинского персонала связана с предоставлением различных льгот, компенсаций, а также предполагает ряд ограничений (право на сокращенный рабочий день, дополнительный отпуск, на досрочную пенсию по воз-

расту и т. п.), то, соответственно, наименование этих должностей, квалификационные требования к ним **должны соответствовать** наименованиям и требованиям, указанным в соответствующих квалификационных справочниках, утверждаемых в установленном порядке.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н утвержден Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (далее – ЕКС), который **не предусматривает** отдельные квалификационные характеристики по врачебным должностям и должностям среднего медицинского персо-

нала по специальности «Эндоскопия». Соответственно, в отношении врачей-эндоскопистов применяется квалификационная характеристика «Врач-специалист». Также пунктом 2 Общих положений раздела «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» ЕКС установлено, что наименования должностей врачей-специалистов устанавливаются **в соответствии с наименованием врачебных** и провизорских специальностей, номенклатура которых утверждается в установленном порядке.

В отношении медицинских сестер (в зависимости от выполняемых ими должностных обязанностей) ЕКС установлены следующие наименования должностей:

- медицинская сестра;
- медицинская сестра участковая;
- медицинская сестра врача общей практики (семейного врача);
- медицинская сестра палатная (постоявая);
- **медицинская сестра процедурной;**
- медицинская сестра перевязочной;
- **операционная медицинская сестра;**
- медицинская сестра-анестезист;
- медицинская сестра по физиотерапии;
- медицинская сестра по массажу;
- медицинская сестра диетическая;
- медицинская сестра патронажная;
- медицинская сестра приемного отделения (приемного покоя);
- медицинская сестра по приему вызовов и передаче их выездным бригадам;
- медицинская сестра стерилизационной.

Таким образом, должность медицинской сестры процедурной и медицинской сестры операционной в настоящий момент предусмотрена ЕКС, и при составлении штатного расписания учреждения данная должность или должности вводятся при условии существования потребности в данных специалистах. Указанные специалисты должны выполнять должностные обязанности и соответствовать квалификационным требованиям, установленным ЕКС.

Если Вы считаете, что Ваши фактически выполняемые в течение всего рабочего дня должностные обязанности соответствуют должности медсестры процедурной или медицинской сестры операционной, то Вы вправе требовать, чтобы наименование занимаемой Вами должности было приведено в соответствии с ЕКС.

2. По вопросу изменения наименования должностей в штатном расписании и уменьшения заработной платы

Во-первых, советуем каждому сотруднику внимательно ознакомиться с трудовым договором, который в соответствии со ст. 67 ТК РФ должен быть заключен в письменной форме в двух экземплярах при приеме на работу, и один экземпляр должен храниться у работника. В трудовом договоре **в обязательном порядке** указы-

вается трудовая функция – работа по должности в соответствии со штатным расписанием, профессии, специальности с указанием квалификации; конкретный вид поручаемой работнику работы.

Учитывая, что наименование должности относится к существенным условиям трудового договора, то в соответствии со ст. 72 ТК РФ изменение определенных сторонами условий трудового договора, в том числе перевод на другую работу, допускается **только по соглашению сторон** трудового договора.

В соответствии со ст. 74 ТК РФ допускается изменение по инициативе работодателя определенных сторонами условий трудового договора по причинам, связанным с изменением организационных или технологических условий труда (при условии уведомления работника в письменной форме не позднее, чем за два месяца), **за исключением изменения трудовой функции работника.**

Таким образом, в случае если наименование должности, указанное в трудовом договоре, не соответствует наименованию должности по новому штатному расписанию, имеет место перевод на другую работу, который возможен только с согласия работника, изменение других определенных трудовым договором условий также возможно только с согласия работника с предварительным уведомлением за 2 месяца.

Во-вторых, Едиными рекомендациями по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2011 год, утвержденными Решением трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений от 10.12.2010, протокол № 10, установлено, что:

– об изменении систем оплаты труда, введении новых норм труда работники должны быть извещены не позднее, чем за два месяца;

– **заработная плата** работников учреждений (без учета премий и иных стимулирующих выплат) **при изменении систем оплаты труда не может быть меньше заработной платы** (без учета премий и иных стимулирующих выплат), выплачиваемой работникам **до ее изменения, при условии сохранения объема** должностных (трудовых) обязанностей работников **и выполнения ими работ той же квалификации.**

В случае если Вы считаете, что администрация Вашего учреждения нарушила Ваши трудовые права при введении новых систем оплаты труда, Вы вправе защищать свои трудовые права и свободы всеми способами, не запрещенными законом, в том числе обратиться в профсоюз, в органы государственного надзора и контроля за соблюдением трудового законодательства (федеральную инспекцию труда), в суд.

3. По вопросу выслуги

К сожалению, Вы не указали в письме, что Вы понимаете под словом «выслуга».

Если речь идет о праве на досрочное назначение пенсии по старости, то данный вопрос регламентирован постановлением Правительства РФ от 29.10.2002 № 781 «О списках работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений, с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», и об утверждении Правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации»».

Перечнем структурных подразделений учреждений здравоохранения и должностей врачей и среднего медицинского персонала, работа в которых в течение года засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости, как год и *шесть месяцев, утвержденным указанным выше Постановлением Правительства РФ, предусмотренным оперирующие врачи-специалисты всех наименований, в том числе оперирующие врачи-заведующие, операционные медицинские сестры, включая старших, эндоскопических отделений хирургического профиля стационаров.*

При этом, согласно утвержденным Постановлением Правительства РФ № 781 от 29.10.2009 г. правилам, регулирующим порядок исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения (п. 4) периоды работы в должностях в учреждениях, указанных в списке, начиная с 01.11.1999 г., засчитываются в стаж работы при условии ее выполнения в режиме нормальной или сокращенной продолжительности рабочего времени, предусмотренной трудовым законодательством для соответствующих должностей. В случае, когда работа осуществлялась в нескольких указанных в списке должностях (учреждениях) в течение неполного рабочего времени, период ее выполнения засчитывается в стаж работы, если в результате суммирования занятости (объема работы) в этих должностях (учреждениях) выработана нормальная или сокращенная продолжительность рабочего времени в объеме полной ставки по одной из должностей.

Таким образом, для наличия права на включение периода работы в специальный стаж, необходимый для досрочного назначения трудовой пенсии по старости, в том числе в полуторном исчислении, необходимо установить, что предусмотренную списоком и перечнем работу медицинский работник осуществлял постоянно в течение полного или сокращенного рабочего дня.

Юрисконсульт РАМС



ЛИЗОФОРМ

Полный спектр средств для дезинфекции и гигиены



Наши координаты:

ООО «Лизоформ-СПб» 195220, Санкт-Петербург, пр. Непокоренных, д.16, к.1, лит. Б
Тел. +7 (812) 347-71-15. E-mail: sales@lysoform.ru, product@lysoform.ru

Филиал в Москве: ООО «КлинДез» 111024, Москва, ул. Авиамоторная, д.50, к.1, лит. Б
Тел. +7 (495) 741-54-42, 771-25-64. E-mail: klindez@lysoform.ru, klindez@yandex.ru

www.lysoform.ru

ПЕДИКУЛИЦИДНОЕ И ИНСЕКТОАКАРИЦИДНОЕ СРЕДСТВО

МЕДИЛИС[®]-супер

- ЛЕЧЕНИЕ ПЕДИКУЛЕЗА
(ГОЛОВНОГО, ЛОБКОВОГО И ПЛАТЯНОГО)
- ДЕЗИНСЕКЦИЯ В ОЧАГАХ
ПЕДИКУЛЕЗА И ЧЕСОТКИ

Состав: 24% фентион
Срок годности концентрата: 5 лет
Срок годности раб.раствора: 6 часов

а так же:

- БОРЬБА С СИНАНТРОПНЫМИ НАСЕКОМЫМИ
- БОРЬБА С КОМАРАМИ В ПРИРОДНЫХ ОЧАГАХ И В ПОМЕЩЕНИЯХ
- ОБРАБОТКА БЫТОВЫХ ОТХОДОВ
- ОБРАБОТКА ОТХОДОВ В ЛПУ (КЛАССОВ А, Б, И В)
- ДЕЗИНСЕКЦИЯ НА ОБЪЕКТАХ ТРАНСПОРТА (В ТОМ ЧИСЛЕ Ж/Д И МЕТРО)
- РАЗРЕШЕН ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЕМ В БЫТУ
- ДЕЙСТВУЕТ НА РЕЗИСТЕНТНЫЕ ПОПУЛЯЦИИ

ВШИ
клопы
тараканы
блохи
муравьи
клещи
мухи
осы
шершни
кожееды
чешуйницы
мокрецы



НОВАЯ РОССИЙСКАЯ
РАЗРАБОТКА

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

Лаборатория
МЕДИЛИС