

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 1/5 2012



**Операционное дело:
новые аспекты профессии**



стр. 9

Шаг в большую политику



стр. 24

**Профессионалы
встретятся в Петербурге**



стр. 34

**Кузбасс – территория
добра**

ТЕРМОТЕСТ

Термоиндикатор для контроля
«холодовой цепи»



Верный контроль –

**Ваша юридическая защита и
безопасность Ваших пациентов**



От «+2°C» до «+8°C»,
режим «норма»



От «-0,5°C» и ниже до «-20°C»
в течение более одного часа
(однократно), «замораживание»



Выше «+8°C» и ниже «+20°C»
в течении 48 часов (суммарно),
«перегрев»



От «+20°C» и выше,
но ниже «+30°C» в течении
20 часов (суммарно), «перегрев»



От «+30°C» и выше,
но ниже «+45°C» в течении
10 часов (суммарно), «перегрев»



От «+45°C» и выше в течение
более одного часа (однократно),
«перегрев»

**Отечественное
производство**

*Мы создаём
«холодовую цепь»...*



Изделие медицинского назначения
(изделие медицинской техники).

Регистрационное удостоверение № ФСР 2011/12146
от 20 октября 2011 года

ООО «НПП «Чистый инструмент»
(495) 937-49-52, 995-58-93

www.chistin.ru
e-mail: vbi@bk.ru



■ **Ассоциация выражает протест в адрес МЗСР РФ в связи с подготовкой решения, призванного допустить студентов медицинских вузов к работе в сестринских должностях. Проблема нехватки кадров не должна решаться за счет безопасности пациентов.**

Дорогие коллеги и читатели «Вестника»!

Несмотря на то что наступивший 2012 год уже в полном разгаре, позвольте остановиться на важнейших событиях в жизни Ассоциации, в том числе тех, которыми ознаменовалось окончание предыдущего 2011 года. Среди таких событий нельзя не назвать состоявшуюся в Санкт-Петербурге конференцию по периферической катетеризации. В ходе конференции общественности были представлены «Методические рекомендации по периферическому венозному доступу», ставшие первым результатом совместной работы РАМС, общества инфузионных сестер INS и экспертов компании BD. Хочется верить, что на практике «Методические рекомендации», тиражи которых направлены в адрес большинства региональных ассоциаций, станут для каждого из вас руководством к изучению и внедрению в жизнь.

Всероссийская конференция о роли сестринского персонала в первичном здравоохранении продемонстрировала, что модернизация здравоохранения для медицинских сестер не просто звучный лозунг, а реальная работа по внедрению новых видов сестринской помощи, ее приближению к различным категориям пациентов, творческая и интеллектуальная работа над совершенствованием системы оказания сестринской помощи. В ходе конференции были озвучены самые разные вопросы, в том числе и задачи по оптимизации поликлинической службы, с чем мы подробно знакомим читателей «Вестника».

В 2011 году работы более 170 медицинских сестер были представлены на Всероссийский конкурс «Медицинская сестра 2011 года». Конкурсные материалы были тщательно проанализированы; оценка поступивших работ была организована Ассоциацией в два этапа – дистанционно и очно. Работы по каждой номинации направлялись для проверки и вынесения оценок в адрес трех регионов, не представивших конкурсантов в оцениваемой но-

минации. Затем в ходе очного заседания конкурсной комиссии были подведены окончательные итоги конкурса, сформированы предложения в адрес МЗСР РФ по согласованию его итогов, оптимизации конкурсных номинаций и уточнению критериев оценки. Ассоциация верит, что данная инициатива встретит поддержку со стороны Правительства, и отныне профессиональный конкурс «Медицинская сестра года» уже в статусе государственного будет проводиться ежегодно. Что же касается прошедшего конкурса, то его победители будут награждены в ходе торжественной церемонии, которая откроет Всероссийский форум медицинских сестер, намеченный на 11–13 октября 2012 года. Ассоциация приглашает всех заинтересованных специалистов обратить внимание на публикуемую в «Вестнике» информацию о форуме и непременно принять в нем участие.

В нескольких словах позвольте отразить и ту политическую работу, которая с течением времени становится непреложным атрибутом работы общественной. 2011 год показал, что специализированные секции РАМС создавались не зря. В ноябре руководитель секции по специальности «Акушерское дело» была направлена Ассоциацией для участия в заседании рабочей группы по репродуктивному здоровью Совета Федерации РФ. С отчетом о поездке мы знакомим всех читателей «Вестника» на страницах этого номера. В декабре на состоявшихся выборах в федеральное и региональные законодательные собрания лидер Самарской ассоциации медицинских сестер Н.Н. Косарева была избрана в состав губернской Самарской Думы 5-го созыва.

По всем регионам России прокатилась волна призыва общественных организаций под знамена Объединенного народного фронта и Национальной медицинской палаты Л.М. Рошаля. Те, кому довелось побывать на состоявшихся встречах, были удивлены масштабом агитационной работы, той

невиданной финансовой поддержкой, которая была оказана новому движению, с одной стороны, и абсолютным непониманием вопросов развития сестринского дела, – с другой. Ответная реакция не заставила себя ждать – в большинстве территорий региональные ассоциации отказались от вступления в Палату. На федеральном уровне РАМС этот шаг сделала давно, прежде всего по причине несогласия с известным в России детским врачом. В совокупности его предложений есть принципиально неприемлемая для сообщества медицинских сестер идея, которая заключается в том, чтобы студенты медицинских вузов получили допуск к работе в сестринских должностях. Из этого следует, что профессионализм сестринского персонала полностью отрицается, в медицинской сестре Палата видит только исполнителя манипуляций. К сожалению, эта идея уже взята на вооружение в МЗСР РФ – студентам медицинских вузов к маю обещан документ, дающий допуск к сестринской практике. Ассоциация медицинских сестер России выражает в адрес МЗСР жесткий протест и предлагает дать допуск студентам только к той работе, на выполнение которой они действительно способны – в должностях младшей медицинской сестры. Мы не считаем возможным равенство должностей, ответственности, оплаты труда студентов и профессиональных сестер, полностью осознавая, что весомая доля работы будет перекладываться с плеч студентов на квалифицированных сестер, а жизнь и здоровье пациентов будут подвергаться серьезному риску. Кроме того, Ассоциация предлагает МЗСР РФ признать, что наиболее остро в России стоит проблема нехватки сестринских кадров, а это значит, что политическим играм в новые и якобы выгодные системы оплаты труда должен настать конец, что пришло время для серьезной и ответственной политики по поддержке сестринских кадров, повышению статуса профессии и защите ее интересов.

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



На обложке: Фотография неизвестного автора – участника фотоконкурса «Этика своими глазами»

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ

- | | |
|--|--------|
| Забайкальский край: Медицинские сестры социальной службы – активные участники общественного движения | стр. 4 |
| Шаг в большую политику: Новые рубежи работы Самарской ассоциации | стр. 5 |

НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ

- | | |
|---|---------|
| С верой в лучшее будущее: в Москве состоялась конференция сестринского персонала первичного звена | стр. 6 |
| Открытость, доступность, информированность: основные решения Правления РАМС | стр. 25 |

СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- | | |
|--|---------|
| Поиск научных данных в процессе внедрения доказательной практики | стр. 29 |
|--|---------|

ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА

- | | |
|--|---------|
| Взятие венозной крови – некоторые вопросы преанализики | стр. 15 |
| Работа операционной сестры в эндоскопической хирургии суставов | стр. 22 |
| Явления буллинга в сестринской профессии | стр. 26 |
| Совершенствование организации работы ЦСО | стр. 32 |

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

- | | |
|---|---------|
| Преодоление разрыва: от научных данных к доказательной сестринской практике | стр. 12 |
|---|---------|

ГЕРОИ НАШЕГО ВРЕМЕНИ

- | | |
|----------------------------|---------|
| Профессия – спасение людей | стр. 18 |
|----------------------------|---------|

ВОПРОСЫ ЭТИКИ

- | | |
|--|---------|
| Должность «по знакомству» – этические аспекты практики трудоустройства | стр. 37 |
|--|---------|

ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

- | | |
|---|---------|
| Новая система оплаты труда: «Творческий» эксперимент с сестринскими должностями | стр. 38 |
|---|---------|

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.

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. Заявку с копией квитанции об оплате следует направить по адресу anna@medsestre.ru

Образец бланка-квитанции приведен на стр. 40.

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 – Анна Федорова

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: ma@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»

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

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 20.03.2012. Отпечатано в типографии ООО «Береста». 196084, Россия, Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1150. Тираж 12 600. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет.

3 ДЕКАБРЯ – МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ ИНВАЛИДОВ

ВОЛОГОДСКАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА» ПОДАРИЛА ПРАЗДНИК
ПАЦИЕНТАМ ДОМА-ИНТЕРНАТА ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ



■ **Никитина Н.В.,**
президент Вологодской региональной
общественной организации
«Ассоциация специалистов
сестринского дела»

*Истинное милосердие –
это желание приносить пользу другим
людям, не думая о вознаграждении.*

Хелен Келлер

Проведение 3 декабря Международного дня инвалидов направлено на привлечение внимания к проблемам лиц с ограниченными возможностями, защиту их достоинства и прав. Цели, ради которых этот день был провозглашен, – полное и равное соблюдение прав человека и участие инвалидов в жизни общества. Не секрет,

что часто инвалиды ущемлены в общении, им не хватает тепла, доброты, искреннего внимания.

В 1992 году Генеральная Ассамблея ООН провозгласила 3 декабря Международным днем инвалидов. 1992 год завершал Десятилетие инвалидов (1983–1992 гг.), проводившееся организацией. За этот период был принят ряд международных документов в отношении инвалидов, призванных улучшить положение этой категории граждан.

Ассамблея призвала государства – членов ООН проводить мероприятия в ознаменование Дня инвалидов, тем самым напоминая о проблемах этих людей. А главное – обеспечить для них постоянную социальную защиту и поддержку, равную со всеми остальными членами общества возможности.

Российская Федерация подписала принятые ООН документы. Но, к сожалению, положение россиян с ограниченными возможностями остается крайне тяжелым.

В День инвалидов организуются концерты, выставки и другие бесспорно нужные и полезные акции. Вологодская региональная общественная организация специалистов сестрин-

ского дела решила в этот день поддерживать людей с ограниченными возможностями, привлечь внимание общественности к их проблемам. Одна из задач нашей организации – возрождение лучших традиций милосердия и сострадания, исходящих от медицинских сестер. Милосердие – это способность сопереживать, чувствовать беды других людей и готовность проявлять участие в их судьбе, доброта и забота об окружающих. И конечно, хотелось бы, чтобы эти качества были не только у медицинских сестер, но и у всего общества в целом.

Благотворительная акция проходила при поддержке медицинской компании «Медфарма», в лице директора Климовой А.Н., автошколы «Феликс», в лице директора Потехина А.О.

В рамках акции медицинские сестры, члены Вологодской ассоциации, организовали замечательный концерт для пациентов дома-интерната. Компания «Медфарма» подарила интернату средства по уходу за лежачими пациентами, автошкола «Феликс» – средство реабилитации – тренажер.

Было сказано много теплых слов. А слово, если оно сказано от души, ле-

чит и без лекарств. Пациенты интерната были удивлены происходящим – ведь для них это стало сюрпризом.

Внимание, сопереживание, моральная поддержка так необходимы людям, проживающим в интернате, тем более, если это люди с ограниченными возможностями.



ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ КРАЙ

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ – АКТИВНЫЕ УЧАСТНИКИ ОБЩЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ



■ **Н.Г. Костроченко,**
внештатный консультант
по сестринскому делу Министерства
социальной защиты населения
Забайкальского края

В системе Министерства социальной защиты населения Забайкальского края трудится 386 специалистов со средним медицинским образованием. С апреля 2010 года введена должность внештатного консультанта по сестринскому делу, определены основные направления развития сестринского дела в системе социального обслуживания края. Одним из таких направлений является деятельность в рамках Профессиональной ассоциации и краевого Совета медицинских сестер.

С 29 ноября по 01 декабря 2011 года в Чите прошла Межрегиональная научно-практическая конференция по специальности «Управление и организа-

ция сестринского дела». В составе многочисленных участников мероприятия 13 делегатов представляли учреждения социальной службы.

В первый день конференции состоялись интересные практические занятия и мастер-классы. Демонстрационно-практический блок в форме мастер-классов вызвал у медицинских сестер учреждений социального обслуживания особый интерес. Мастер-классы были проведены на базе нескольких лечебных учреждений и Читинского медицинского колледжа. В частности, в отделениях Краевой клинической больницы непосредственно на рабочих местах старших медицинских сестер вниманию участников были представлены рабочие папки сестер-организаторов, папки по экспертизе качества сестринской помощи, учетно-отчетная документация, нормативная база. Старшие медицинские сестры не только делились своим опытом, но и охотно отвечали на все вопросы.

В городской поликлинике № 5 была также представлена уникальная возможность знакомства с документацией главных и старших сестер амбулаторно-поликлинической службы, принципами организации и работой профильных школ здоровья для пациентов.

Главная медицинская сестра городской больницы № 1 В.Н. Прапкова про-

вела мастер-класс по организации сестринской деятельности на примере большого стационара. Были подробно разобраны вопросы по комплектации каждой папки сестры-организатора, проведению экспертизы деятельности медицинского персонала, подготовке специалиста к аттестации, проведе-

нию сестринской конференции. Участники узнали о работе комитета по сестринскому делу в терапии, инновационных технологиях в работе сестры руководителя. Преподаватели Читинского медицинского колледжа продемонстрировали участникам конференции технологии выполнения простых медицинских услуг с тщательным разбором по каждому разделу стандарта, обсуждением возможных осложнений. Преподаватели Читинской медицинской академии также не остались в стороне от мероприятия. В краевом драматическом театре при их участии прошел мастер-класс по социальному маркетингу в здравоохранении.

Своевременный и актуальный мастер-класс, посвященный стандарту выполнения сердечно-легочной реанимации, прошел на базе Центра медицины катастроф. Участники могли не только увидеть, как правильно провести реанимацию, но и попробовать выполнить все действия самостоятельно. В один из следующих дней конференции здесь же состоялся социально-психологический тренинг для руководителей сестринского дела, где рассматривались психологические особенности подбора сотрудников, принципы проведения собеседования, конструктивные способы разрешения конфликта.

Свои двери участникам конференции открыл и Краевой консультативно-диагностический центр для детей. На базе данного учреждения была представлена организация работы по оценке удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг методом анкетирования. Вниманию делегатов конференции были представлены правила составления анкет, методика проведения анкетирования, мониторинг и анализ анкет. Каждому делегату конференции был выдан диск с информацией по данному разделу, с разработанными анкетами, которые можно использовать в работе.



Исполнение гимна ассоциации



Надо отметить, что частью конференции стал краевой конкурс медсестер – организаторов сестринского дела. Накал страстей был высок. Конкурс проводился в пять этапов – среди заданий были и тестирование, и решение ситуационных задач, и блиц-турнир на знание медицинской терминологии, и представление конкурсантами исследовательских работ, а также видеороликов, рассказывающих о ежедневной работе специалистов.

Помимо профессионального жюри решения принимались и участниками конференции. С гордостью хочется отметить, что приз зрительских симпатий по праву был вручен Антониде Генатулиной – старшей медицинской сестре Атамановского дома-интерната для престарелых и инвалидов. В лучшую семерку медицинская сестра социальной службы вошла еще на этапе тестирования, а представив визитную карточку в форме видеоролика, отражающего специфику работы учреждения социального обслуживания, документацию сестры-организатора, другие важнейшие аспекты своей работы, а также профессиональные достижения коллектива, наша конкурсантка сделала серьезную заявку на победу. Исследовательская работа на тему «Влияние личностных и организаторских качеств лидера на профессионализм сестринской команды», выполненная на

основе анализа работы двух старших медицинских сестер отделений «Атамановского дома-интерната» с низкими и высокими показателями сестринской работы, представленная конкурсанткой, ни у кого не оставила сомнений в том, что Антониде заслуживает самой высокой оценки. Когда все испытания и волнения остались позади, Антониде отметила, что конкурс оказался для нее и сложным, и захватывающим, и познавательным одновременно – ведь он позволил познакомиться с коллегами, интересными людьми, ощутить теплую поддержку аудитории. Приз, полученный по итогам голосования, стал для Антонины Генатулиной неожиданным и самым почетным.

Заключительный день конференции проходил в зале окружного Дома офицеров, был торжественно открыт заместителем министра здравоохранения Забайкальского края Р.А. Сариевой.

Вниманию делегатов конференции были предложены доклады, имеющие высокую практическую ценность и актуальность. Особенно ценными стали выступления руководителей и экспертов высокого ранга, включая начальника отдела стандартизации и управления качеством медицинской помощи Министерства здравоохранения Забайкальского края О.Н. Богомякову, руководителя территориального отдела федеральной службы по над-

зору в сфере здравоохранения и социального развития по Забайкальскому краю А.Г. Ванчикову, заместителя главного врача Управления Роспотребнадзора по Забайкальскому краю С.Э. Лапа, директора территориального фонда обязательного медицинского страхования А.Н. Бутыльского. Заведующая кафедрой организации здоровья и здравоохранения Читинской медицинской академии д.м.н. Н.Ф. Шильникова представила доклад «Основные направления реализации программы модернизации», озвучив актуальную для всех специалистов информацию о Федеральном Законе РФ № 323 от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан», концепцию развития здравоохранения РФ до 2020 года.

В этой торжественной атмосфере победители профессионального конкурса были награждены ценными подарками Забайкальской профессиональной ассоциации. Все участники конференции получили отличные раздаточные материалы – периодические издания и диски с документацией по организации сестринского дела.

От лица специалистов сестринского дела социальных служб хочется выразить глубокую признательность Ассоциации за сотрудничество, ценный обмен опытом, готовность делиться знаниями. Для нас большая честь работать с Вами в одной команде.



С ВЕРОЙ В ЛУЧШЕЕ БУДУЩЕЕ



■ **Валентина ЕВЛАНОВА,**
корреспондент, г. Москва

В Москве состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «Роль сестринского персонала в первичном здравоохранении», организованная РАМС и со-

бравшая представителей 53 регионов страны: медицинских сестер, акушеров, фельдшеров, людей, болеющих за свою профессию и ее будущее.

Медицинские сестры и фельдшера, работающие в первичном звене здравоохранения, по сути находятся на передовой линии, они первыми встречают пациентов, лучше других знают их нужды и чаяния, как никто другой умеют объяснить пациенту необходимость вести здоровый образ жизни. Да мало ли чего они могут! Вот только роль сестринского персонала, оказывающего помощь на амбулаторном этапе, пока еще недостаточно оценена и лечеб-

ным сообществом, и государством, и населением.

– Нам предстоит очень много сделать, чтобы средний медицинский персонал, медицинские сестры и фельдшера заняли свое достойное место в системе здравоохранения, – отметила начальник отдела Департамента образования и кадровых ресурсов Минздрава России Ирина Купеева, приветствуя участников конференции. – Надеюсь, что совместная работа, которая проводится органами государственной власти в сфере здравоохранения и представителями общественных организаций, будет иметь свои плоды.



ДУЩЕЕ

Обменяться опытом, поучиться друг у друга, обсудить наболевшие проблемы, получить импульс для дальнейшего совершенствования и собрались специалисты сестринского дела в Москве.

Участковая медицинская сестра Рузаевской поликлиники Центральной районной больницы Республики Мордовия Татьяна Долгова 33 года трудится на одном месте, с одним участковым врачом. Вызывает пациентов на вакцинацию, уговаривает людей обязательно пройти флюорографическое обследование, работает вместе с врачом на приеме и пока не ощущает больших перемен в первичном звене здравоохра-

нения, разве что заработную плату немного подняли (помимо федеральных доплат), да компьютеры обещают поставить в следующем году.

А вот старшая медицинская сестра поликлинического отделения городской больницы № 11 г. Барнаула Елена Мулинцева, напротив, утверждает, что перемены за последнее время произошли существенные. Укомплектованность поликлиники кадрами (и врачами, и сестринскими) достигла ста процентов, правда за счет оттока из стационарных отделений. Благодаря программе модернизации, национальному проекту «Здоровье» поступило новое оборудование: цифровой флюорограф, два маммографа, рентгеновские установки. Все три терапевтических отделения поликлиники обеспечены электрокардиографами, глюкометрами и т. д. Терапевты теперь ходят на вызовы, имея сумки неотложной помощи. А работающее население может пройти дополнительную диспансеризацию вне очереди с использованием современной аппаратуры, что позволило повысить выявляемость заболеваний.

– Улучшение заметное, – говорит Е. Мулинцева. – Но нагрузка на медицинскую сестру сильно возросла. При этом что время приема одного пациента не увеличилось, оно по-прежнему составляет 12 минут, медсестра сейчас на приеме делает ЭКГ, измеряет уровень сахара в крови, вносит все записи в медицинскую документацию. А самое главное – писанины добавилось столько, что некогда посмотреть больному в лицо, пообщаться с ним.

В ходе конференции рассматривались этот и многие другие вопросы, такие как формирование здорового образа жизни у населения, работа с группами риска, иммунопрофилактика и прочие, которые решают и могли бы еще успешнее решать специалисты сестринского дела – наиболее многочисленный отряд российского здравоохранения.

– Без участия сестринского персонала: медицинских сестер, фельдшеров, акушеров – модернизация отрасли невозможна, – отметила президент РАМС Валентина Саркисова. – Необходимо пересмотреть его функции. В центрах здоровья, в школах для пациентов, в сохранении и укреплении здоровья населения медицинские сестры должны играть

ведущую роль. Руководство же смотрит на работу сестринского персонала по старинке.

По словам профессора кафедры общественного здравоохранения и заведующей курсом профилактической медицины Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Галины Сквирской, деятельность медсестры финансируется сегодня Фондом обязательного медицинского страхования в структуре врачебных мероприятий, что служит препятствием тому, чтобы медицинские сестры становились самостоятельными фигурами, оказывающими определенные виды услуг в пределах компетенции. Освещая в своем выступлении вопросы модернизации системы первичной медицинской помощи, Г. Сквирская отметила, что, несмотря на все достоинства, в нынешнем своем виде поликлиника сохраниться не может.

Одна из причин – несоответствие внутренней структуры и содержания работы современным подходам и требованиям, вследствие чего действующая модель поликлиники недостаточно конкурентоспособна на складывающемся рынке медицинских услуг. Профессор познакомила участников конференции с новой моделью поликлиники, где очень большая роль отводится сестринскому персоналу. По мнению Г. Сквирской, среди руководства поликлиники должен быть менеджер по труду, решающий вопросы организации трудового процесса в лечебно-профилактическом учреждении, и менеджер по маркетингу, занимающийся развитием рынка медицинских услуг (хоть здравоохранение и не рыночная отрасль, но без рыночных механизмов не обойтись).

Какова потребность населения в тех или иных услугах, что имеет смысл развивать, а что нет, – это может прорабатывать только специалист, имеющий хорошее образование. Такие должности, по словам Г. Сквирской, вполне способны занимать сестры, подготовленные в колледжах или на факультете ВСО.

Профилактика по большей части – также сестринское дело. Значительная часть исследований, проводимых в отделе диагностики, тоже может осуществляться сестринским персоналом,



при том техническом оснащении, которое сегодня имеется, когда многое автоматизировано. А отделение медико-социальной помощи, курирующее хронических больных и инвалидов и отделение реабилитации, полностью могут комплектоваться сестринскими кадрами. Показав, как может быть использован сестринский персонал в первичном звене, Г. Сквирская подчеркнула, что модернизация здравоохранения без повышения роли медицинских сестер вряд ли возможна.

С докладами перед участниками конференции выступили член-корреспондент РАМН Владимир Кучеренко, заведующая кафедрой общественного здравоохранения и профилактической медицины Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова профессор Людмила Сырцова.

С интересом было выслушано сообщение Ольги Белкиной из Волгограда о внедрении стандартов практической деятельности медсестры участковой, что позволило рационально организовать работу, унифицировать медицинскую документацию, внедрить единый подход к оценке деятельности, повысить удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи. Большой отклик в сердцах участников конференции вызвало выступление Нины Добрыгиной из Кемеровской области, посвященное оказанию медицинской помощи на догоспитальном этапе, Марины Огорелковой из Тюмени об особенностях работы сестринской службы в областном офтальмологическом диспансере, возрождении наставничества и др.

Секционные заседания были посвящены темам

МОДЕЛЬ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Внутренняя среда. Сильные стороны

- Сформированная в основном государством с учетом унифицированных подходов сеть и база учреждений, обеспечивающая доступность и полноту оказания медицинских услуг на догоспитальном этапе всем группам населения.
- Возможность комплексного оказания медицинских услуг, включая диагностику, профилактику, лечение, реабилитацию по различным профилям на одной базе.
- Создание условий для проведения системных лечебно-профилактических мероприятий: комплексное оснащение медицинским оборудованием и аппаратурой; внедрение современных медицинских технологий и алгоритмов медицинской помощи; формирование профессиональных команд специалистов, работающих по различным, в том числе смежным направлениям.
- Возможности проведения коллегиальных обсуждений и принятия решений по тактике ведения и лечения пациентов.

Внутренняя среда. Слабые стороны

- Отставание развития нормативной и научно-методической базы деятельности учреждений и специалистов, оказывающих догоспитальную медицинскую помощь, по проблемам совершенствования ее организации и качества с учетом изменений, происходящих в социальной политике и экономике.
- Несоответствие сформировавшейся внутренней структуры и содержания работы поликлиник современным подходам и требованиям, вследствие чего действующая модель поликлиники недостаточно конкурентоспособна на складывающемся рынке медицинских услуг.
- Отсутствие действенных механизмов финансово-экономического управления деятельностью учреждений, подразделений и специалистов.
- Отставание развития системы информационного обеспечения деятельности учреждений, подразделений и специалистов по организационным и клиническим проблемам медицинского обеспечения.
- Отсутствие четкой координации деятельности медицинских организаций и специалистов

ПРЕДЛАГАЕМАЯ МОДЕЛЬ ПОЛИКЛИНИКИ



управления и организации медицинской помощи в первичном звене, качества сестринского ухода, неотложной помощи на догоспитальном этапе.

На конференции широко обсуждались также вопросы профессионального образования, внедрения информа-

ционных технологий в первичное звено и конечно, влияние общественных организаций, в частности РАМС, на повышение роли сестринского персонала.

– Одной из задач РАМС является защита профессиональных интересов специалистов сестринского дела,

социально-экономических прав, – отметила В. Саркисова. – На национальном уровне Ассоциацией сформирована специализированная секция медицинских сестер первичного здравоохранения, данная категория работников выделена в отдельную номинацию в проведении Всероссийского конкурса «Сестра года». Ассоциация участвует в законодательном обеспечении сестринской деятельности, выступает за снижение нагрузки на сестринский персонал, создание безопасных и благоприятных условий труда, а также повышение оплаты труда. Но далеко не все вопросы решаемы на федеральном уровне. На пути к самостоятельности регионов именно в их руках сосредоточены сегодня многие ключевые и проблемные вопросы.

Все с нетерпением ждали прибавки, во многих регионах она оказалась существенной, в других же остается прежней и зависит от руководства региона, от его возможностей, от его приоритетов. На возможности мы влияния оказать не можем, но вот формирование приоритетов – в силах общественных организаций. Сегодня лидеры многих ассоциаций входят в Общественные палаты, занимают должности главных специалистов по сестринскому делу, проводят различные мероприятия, способные привлечь внимание властей к тем или иным пробелам в политике и экономике здравоохранения. Своим стратегическим положением лидеры всех региональных Ассоциаций должны пользоваться для решения комплекса задач по совершенствованию здравоохранения и сестринской помощи, для решения проблем сестринского персонала.

ШАГ В БОЛЬШУЮ ПОЛИТИКУ

НОВЫЕ РУБЕЖИ РАБОТЫ САМАРСКОЙ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР



■ **Косарева Н.Н.,**
депутат V созыва Самарской
губернской думы, президент
Самарской региональной
общественной организации
медицинских сестер



В мае 2012 года Самарской региональной общественной организации медицинских сестер исполняется семнадцать лет. Много это или мало? С точки зрения исторического процесса очень юный возраст, но если оценивать развитие общественного движения в регионе за эти годы, то вполне зрелый. Мы сумели не только создать сильную, финансово независимую организацию, приобрести достаточный опыт и авторитет, но и удержать ее, что в современных условиях достаточно трудно. Несмотря на то что у нас есть основное место работы, мы многое сделали за эти годы:

- Объединили в своих рядах 40% сестринского персонала Самарской области;
- 85% членских взносов поступает на расчетный счет путем безналичного перечисления;
- В 2008 году приобрели офис, отремонтировали и оснастили его и в 2011 году оформили в собственность СРООМС;
- Организовали работу трех территориальных отделений в городах Тольятти, Сызрани и Новокуйбышевске и т. д.

Все эти годы Ассоциация занимала принципиальную позицию в вопросах сохранения профессии, улучшения условий труда и профессиональной безопасности сестринского персонала, достойной заработной платы.

Самое главное, что за эти годы в регионе сложился сильный коллектив лидеров, заместителей главного врача по сестринскому делу, главных и старших медицинских сестер. Налаживается работа с ключевыми членами в ЛПУ. Сложилась стабильные партнерские взаимоотношения с Министерством здравоохранения и социального развития Самарской области, департаментами и управлениями здравоохранения городов, многими главными врачами ЛПУ. Но, к сожалению, какие бы усилия не предпринимались Ассоциацией, многие вопросы не поддаются решению на уровне общественной работы. В июне 2011 г. на VII областном собрании депутатов Самарской губернской думы и депутатов представительных органов муниципальных образований в Самарской области мне представилась возможность озвучить проблемы сестринского персонала:

- Укомплектованность персонала на 65% от потребности, причем это на 20% ниже, чем в ПФО;
- Низкая заработная плата;
- Проблема трудоустройства молодых специалистов;
- Проблема использования потенциала специалистов с ВСО;
- Профессиональная безопасность и т. д.

Результатом этого выступления стало предложение баллотироваться в депутаты Самарской губернской думы. Не могу не отметить, что в ходе предвыборной кампании мне довелось ощутить огромную поддержку среди своих коллег, результатом чего стало мое избрание 4 декабря 2011 года депутатом V созыва Самарской губернской думы.

Основная деятельность будет проходить в рамках комитета по здравоохранению, демографии и социальной политике и образованию, а также в составе общественных комиссий других комитетов. Хочется верить, что политическая работа откроет новые рубежи для Самарской ассоциации медицинских сестер, станет весомым рычагом для решения проблем в жизни и работе сестринского персонала, жителей Самарской области.

Совершенствование сестринской помощи в Домах ребенка Кемеровской области: ставим задачи и решаем проблемы

■ **Бадина О.С.,**
заместитель начальника
управления
здравоохранения
по родовспоможению и
детству г. Прокопьевска

Центральное звено в работе общественных организаций традиционно занимают медицинские сестры стационаров и крупных консультативно-диагностических центров, в то время как многочисленные проблемы сестринского персонала учреждений социальной службы, реабилитации, ухода, домов ребенка, часто не получают должного звучания. В Кемеровской области на эту ситуацию давно обратили внимание. Как результат – 11 октября 2011 года в г. Прокопьевске Кемеровской области состоялась I областная научно – практическая конференция «Актуальные вопросы сестринского персонала, работающего в домах ребенка и детских специализированных учреждениях».

В работе конференции приняли участие 216 делегатов из городов и районов Кемеровской области, среди них 23 руководителя лечебно-профилактических учреждений и 46 главных медицинских сестер.

Мероприятие проходило в помещении Большого зала Дома творчества им. Ю. Гагарина и открылось выступлением лучших творческих коллективов города.

В рамках конференции состоялась насыщенная работой пленарное заседание, выступления у открытого микрофона, постерная сессия, на которой были представлены доклады по вопросам оздоровительной работы с детьми раннего возраста в доме ребенка, реабилитации детей с офтальмоло-

гическими заболеваниями, организации работы с гиперактивными детьми, профилактики пролежней и проведения парафино-озокеритового лечения.

После подведения итогов конференции состоялось посещение лечебно-профилактических учреждений города. 42 участника побывали в Прокопьевском доме ребенка, 21 делегат заинтересовался работой Прокопьевского детского психоневрологического санатория, более двадцати участников познакомились с работой центра здоровья для детей МУЗ «Детская городская больница».

Все участники конференции отметили высокий организационный и научно-практический уровень проведенного мероприятия. По мнению делегатов, проведение столь значимого форума имеет большое общественное и практическое значение.

Эти впечатления участников конференции, ожидания последующих действий и внимания со стороны властей не заставили долго себя ждать. В кратчайшие сроки по итогам конференции губернатором Кемеровской области Аманом Тулеевым было принято решение о целевом повышении заработной платы на 2 тысячи рублей медицинским сестрам и санитаркам домов ребенка, отделений милосердия в детских домах-интернатах для умственно отсталых детей и в домах-интернатах для хронически больных психическими заболеваниями. Как отметил Аман Тулеев, «идем мы на эти затраты осознанно, понимая всю колоссальную сложность и важность труда людей, которые ухаживают за тяжелобольными детьми».



Конференцией предложено:

1. Департаменту охраны здоровья населения Кемеровской области:

- Расширить номенклатуру детской экстремальной рецептуры в аптечной сети области.

2. Руководителям территориальных органов управления здравоохранением, руководителям лечебно-профилактических учреждений:

- Организовать во всех детских специализированных учреждениях для детей с отклонениями в состоянии здоровья, комнаты для разведения молочной смеси согласно санитарно-эпидемиологическим требованиям;
- Обеспечить наличие доступной среды маломобильным группам населения: обустроить пандусы при входе в здания, поручни в коридорах и санитарных комнатах;
- Разработать программу адаптации персонала в лечебном учреждении закрепления кадров.

3. Образовательным учреждениям среднего профессионального образования медицинского профиля:

- При подготовке специалистов сестринского дела в доклинической практике использовать фантомы для отработки профессиональных навыков;
- При прохождении повышения квалификации медицинских сестер детских специализированных учреждений по специальности «Сестринское дело в педиатрии» на базе отделения дополнительного образования ввести в программу обучения разделы: медицинская психология, медицинская педагогика, биоэтика, основы реабилитации детей с нарушением здоровья.

4. Научно-методическому центру совместно с профессиональной Ассоциацией медицинских сестер Кузбасса – разработать медико-технологические протоколы сестринской деятельности в педиатрии на основе анализа имеющегося опыта.

Репродуктивное здоровье россиян в центре внимания Совета Федерации



■ Парамонова О.Г.,

председатель специализированной секции РАМС «Акушерское дело», главная акушерка МУЗ «Родильный дом №4», г. Иваново

14 ноября 2011 года в Москве прошло заседание рабочей группы при Экспертном совете по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению на тему «Актуальные вопросы охраны репродуктивного здоровья населения Российской Федерации».

В его работе принимали участие первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению Л.Н. Пономарева, председатель Экспертного совета по здравоохранению при комитете Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению В.В. Омеляновский. Заместитель директора ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова Минздравсоцразвития России, главный специалист по акушерству и гинекологии Минздравсоцразвития России, академик РАМН Л.В. Адамян. Представители Государственной Думы, Минздравсоцразвития России, а также ведущие медицинские эксперты. Отраднo, что для участия в заседании была приглашена и Ассоциация медицинских сестер России.

Охрана репродуктивного здоровья населения – важнейшее стратегическое направление государственной

политики. На сегодняшний день благодаря ряду государственных программ (в том числе направленных на улучшение демографической обстановки в стране), а также стараниям общественных организаций происходит консолидация внимания медицинской общественности вокруг вопросов женского и мужского здоровья.

Важнейшую роль в эффективном развитии системы здравоохранения играет профессиональный уровень подготовки среднего медицинского персонала.

«В России в среднем не хватает 270 тысяч акушерок», – отметил в своем выступлении Адамян Лейла Владимировна.

Заслушав и обсудив выступление об основных проблемах охраны репродуктивного здоровья населения Российской Федерации, члены рабочей группы Экспертного совета и участники заседания определили и согласовали цели и задачи рабочей группы, а также приняли решение об организации деятельности рабочей группы по следующим направлениям:

1. Совершенствование законодательного регулирования в сфере охраны репродуктивного здоровья населения Российской Федерации.

2. Совершенствование системы оказания медицинской помощи в области репродуктивного здоровья, направленной на положительную демографическую перспективу Российской Федерации.

3. Развитие доступной и качественной медицинской помощи по восстановлению репродуктивного здоровья, в том числе вспомогательных репродуктивных технологий.

4. Развитие профилактических мероприятий, направленных на предотвращение бесплодия. Совершенство-

вание первичной медико-санитарной помощи в области репродуктивного здоровья.

5. Внедрение современных технологий при профилактике, диагностике, лечении онкологических заболеваний репродуктивной системы.

6. Совершенствование профилактики нарушений репродуктивной сферы у несовершеннолетних, снижение уровня подростковой, гинекологической, урологической и андрологической заболеваемости.

7. Внедрение информационных и образовательных программ, формирующих положительные установки у населения, направленные на сохранение репродуктивного здоровья.

Очевидно, что в реализации поставленных задач заметную роль могут сыграть акушерки. Сформированная РАМС специализированная секция будет работать над обобщением опыта практикующих специалистов и планирует освещать наиболее успешные примеры внедрения в работу акушерок новых форм взаимодействия с пациентами, обучения, ведения санитарно-просветительской работы. Критерии качества, новаторства, расширения доступности акушерской помощи и консультаций будут применяться экспертами Секции при оценке конкурсных работ по специальности «Акушерское дело». В планы секции входит подготовка к Всероссийскому форуму медсестер, где впервые вопросы акушерства будут выделены в качестве отдельного раздела для обсуждения. Хочется верить, что форум будет способствовать нашей консолидации и дальнейшей совместной работе по обмену опытом и созданию информационной базы публикаций для практикующих акушерок.

В отрасли много лет отсутствует положительная динамика увеличения численности среднего персонала.



ПРЕОДОЛЕНИЕ РАЗРЫВА: ОТ НАУЧНЫХ ДАННЫХ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ 2012

К истории доказательной медицины

Движение к научно-обоснованной практике стартовало в начале 90-х гг. и было направлено на процесс принятия решений по поводу лечения пациентов. Начало этой работе было положено группой исследователей в Университете МакМастера штата Онтарио, нацеленных на упрощение процесса сбора и использования медицинской информации для последующего ее анализа. Ученые пришли к выводу о том, что культура клинического опыта врача серьезно уступает культуре научных данных, четкого ведения медицинских записей, уважения ценностей и убеждений пациента.

Новый подход стал стремительно себя оправдывать в достижении более значимых результатов лечения и сокращении расходов. Многие практикующие специалисты стали следовать новому подходу; его принципы стали внедряться в системах здравоохранения многих стран потребителями услуг, политиками, управленцами и, конечно, медицинскими сестрами. Первоначальный критицизм научнообоснованной практики воспитал убеждение в том, что значительная часть медицинской практики определяется научными данными и доказательствами. Для медицинских сестер это стало вызовом, поскольку медицинским сестрам все еще предстоит длинный путь к созданию объемной научной базы.

Во многих странах доказательная практика в медицине набрала серьезные обороты, а исследовательская работа получает весомую финансовую поддержку из государственного бюджета. Так, одним из главных направлений реформы здравоохранения США стала программа исследований сравнительной эффективности медицинских вмешательств, фонд которой составляет 1,1 млрд долларов. Путем общенационального обсуждения были определены 100 приоритетных тем исследований, список которых размещен на интернет-сайте Института медицины США www.iom.edu/serpriorities. Нельзя не отметить, что среди этих тем немало тех, исследовательскую работу по которым предстоит осуществить медицинским сестрам.

Половина летальных исходов в мире могла бы быть предотвращена посредством простых и экономически эффективных вмешательств, говорится в документе Международного совета, посвященном тематике международного дня, но, как отмечает Всемирная организация здравоохранения, не имеется достаточных знаний о том, как сделать такие виды помощи более доступными людям, в них нуждающимся. Значительное внимание следует акцентировать не только на поиске новых продуктов, лекарств или медикаментов, но на том, как внедрить научные открытия в практику, иными словами, как преодолеть разрыв между научными данными и практикой.

Исключительная актуальность темы доказательной практики сегодня очевидна для многих. Тем не менее, работая в отрыве от научно-исследовательских центров, многие медицинские сестры, которые стремятся к совершенствованию помощи и, в том числе к реализации научно обоснованных подходов, порой не знают, с чего начать. В поддержку такой деятельности в документе МСМ дается определение научно обоснованной практики, отражается последовательность поиска научной информации, способы формулировки вопросов для поиска, источники такой информации. Отдельное внимание уделяется обсуждению иерархии достоверности научных данных, развитию критического мышления и способности правильно «читать» научную информацию, отдавая себе отчет в том, каковы ее ограничения.

Обнаружение важной и достоверной научной информации это далеко не все, что требуется для осуществления доказательной практики. Для того чтобы перемены сыграли значимую роль и действительно привели бы к совершенствованию помощи, научные данные должны быть подкреп-

лены критическим анализом экономической эффективности их внедрения, анализом того, насколько новшества будут отвечать текущим потребностям и ценностям пациентов.

Более того, доказательная практика требует определенного контекста, формирования такой культуры, в которой использование науки в ежедневной работе широко приветствуется. Это масштабная задача, в которой призваны сыграть роль и специалисты сестринского дела, и медицинские учреждения и, разумеется, профессиональные сестринские ассоциации. В арсенале ассоциаций больше возможности, среди которых:

- создание он-лайн форумов для общения медсестер по вопросам исследований, обмена идеями с возможностями получения рекомендаций и оценок со стороны экспертов в вопросах науки;
- публикации, посвященные преимуществам доказательной практики в журналах;
- освещение научно обоснованной практики в презентациях и сообщениях на конференциях;
- распространение информации среди членов организации, руководителей сестринских служб, политиков;
- организация национальных кампаний в поддержку доказательной практики;
- обеспечение платформы для обсуждения доказательной практики и ее преимуществ;
- учреждение наград за новаторство в реализации доказательной сестринской практики;
- освещение сестринских достижений в публикациях на сайтах, в журналах, книгах;
- сотрудничество с заинтересованными сторонами – организациями, ассоциациями, мини-

ПЫХ К ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

стерствами по вопросам поддержки доказательной сестринской практики;

- влияние на формирование национальной политики здравоохранения в поддержку доказательной практики;
- распространение наилучших примеров практики по внедрению научных данных.

В течение нескольких лет Ассоциация медицинских сестер России реализует проект по внедрению доказательной практики – проводятся учебные семинары, предоставляются консультации по вопросам исследований, учреждена и поддерживается специальная рубрика журнала «Вестник», посвященная сестринским научным исследованиям и доказательной практике. Всем посетителям сайта РАМС доступен учебный модуль по сестринским исследованиям. В 2011 году на уровне национальной организации создана специализированная секция «Сестринские исследова-

ния». Ассоциация и далее будет осуществлять мероприятия по направлению исследовательской работы медицинских сестер и внедрению доказательной практики. Все созданные к настоящему времени документы в поддержку внедрения доказательной сестринской практики обобщаются с целью последующего размещения на сайте РАМС. Изучение этих материалов позволит каждой медицинской сестре не только убедиться в роли доказательной практики, но и получить знания о том, как инициировать перемены на своем рабочем месте.

Кроме того, Ассоциация будет готова организовать дополнительные семинары с привлечением американских специалистов для обучения членов организации по вопросам проведения исследований. Мы надеемся, что данное предложение найдет отклик со стороны множества региональных ассоциаций, которые ранее не смогли принять участие в подобных мероприятиях.

В канун Международного дня медицинской сестры Ассоциация медицинских сестер России искренне поздравляет всех специалистов, задействованных в оказании сестринской, акушерской, фельдшерской помощи! Ваши действия помогают спасти жизнь, сохранить здоровье, поддержать качество жизни пациентов, ваши организаторские идеи позволяют оптимизировать трудовой процесс, поддерживать сестринские коллективы, обеспечить безопасность медицинской помощи, ваши интеллектуальные достижения создают медицину будущего, которая призвана стать доступной всем гражданам нашей страны. Хочется верить, что деятельность Ассоциации медицинских сестер России найдет отклик среди специалистов отрасли и станет опорой в реализации принципов доказательной медицины. Крепкого вам здоровья, счастья, оптимизма, профессионального роста и уверенности в своих силах!

Доказательная практика в действии

Непреложный этический принцип медицины гласит – «не навреди». Это значит, что медицинская помощь должна быть безопасной, нести пациенту только пользу, но не вред. Несмотря на развитие медицинских технологий, проблема безопасности пациента своей актуальности не утрачивает. Одной из таких проблем является ВБИ. Выйти на борьбу с ВБИ решила американская сестра-исследователь Джойс Майджерс. Когда перед ней возник вопрос о предмете исследования, ее выбор пал на инфекции мочеполовой системы у пациентов, перенесших инсульт. Среди этих пациентов инфекции широко распространены, однако остается неизвестным, как предотвратить их возникновение. Виновниками инфекции являются мочевые катетеры, рутинно устанавливаемые пациентам с инсультом.

Обладая достаточным клиническим опытом и знаниями, Майджерс задалась вопросом: «А стоит ли подвергать катетеризации всех пациентов с инсультом? Есть ли необходимость для пролонгированной катетеризации таких пациентов?» Майджерс решила осуществить научный поиск, чтобы выявить клинические причины и показания для рутинного назначения катетеризации всем пациентам с инсультами и выяснила, что таких оснований не существует.

В течение года исследователь работала в медицинском центре Джона Хопкинса совместно с врачами, медицинскими сестрами и другими специалистами, чтобы установить истину – необходима ли катетеризация мочевого пузыря пациентам с инсультом. Итогом ее работы стало изменение традиционной схемы лечения пациентов с инсультами для профилактики инфекции мочеполовых путей. Своим вмешательством Майджерс надеялась снизить распространенность инфекций на 10%, однако результаты ее труда показали в 2 раза более высокую результативность. Продолжительность времени катетеризации пациентов с инсультом в клинике Байвью сократилась на 20%, вслед за чем сократились случаи внутрибольничного инфицирования пациентов, а также случаи повторной госпитализации лиц, перенесших инсульт, по поводу инфекции мочеполовых путей. Было отмечено и сокращение койко-дней на лечение пациентов с инсультами. Достигнутые результаты были столь заметными, что в кратчайшие сроки во всей системе клиник Байвью были внедрены новые принципы лечения пациентов, предложенные медицинской сестрой Джойс Майджерс.

ОРГАНИЗАЦИЯ СОСУДИСТЫХ ЦЕНТРОВ: АКТУАЛЬНАЯ ЗАДАЧА ДЛЯ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

31 января в актовом зале ЛОКБ состоялась конференция для руководителей сестринских служб учреждений здравоохранения Ленинградской области. На повестке дня один из актуальных в программе модернизации вопросов – роль сестринского персонала в создании сосудистых центров. О целях модернизации службы участникам мероприятия рассказал начальник Департамента по оказанию медицинской и лекарственной помощи населению Комитета по здравоохранению Ленинградской области А.В. Вальденберг.

В ближайшее время в районах области будут введены в работу несколько специализированных сосудистых центров. Цель – снизить критическую смертность и инвалидизацию пациентов, перенесших инсульт. В каждом таком центре будут выделены койки для организации реанимационной помощи, а также для ранней реабилитации. Оснащение по последнему слову техники и кадровое обеспечение квалифицированными специалистами – такие меры призваны совершить настоящую революцию, в основе которой своевременная тромболитическая терапия. Ее доступность в первые три часа после инсульта гарантирует успех лечения и реабилитации пациента, дает надежду на возвращение к полноценной жизни, в том числе к трудовой деятельности. Но успех этот определяется не только совре-



менными медикаментами, но и безупречной организацией труда, индивидуальной работой с каждым пациентом. Основные принципы работы с инсультными пациентами – это 100% госпитализация, ранняя госпитализация и – **работа мультидисциплинарной бригады.**

Организации сестринской помощи в рамках таких центров должно быть уделено особое внимание, отметила в своем выступлении председатель ООСМРЛО Валентина Саркисова. Поэтому в рамках проводимой конференции озвучены такие вопросы, как соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, протоколы сестринского наблюдения и вмешательства, обязательное внедрение стандартов помощи, в том числе рекомендаций по периферическому венозному доступу. Внимание следует уделить безопасности пациентов, безопасности персонала, обучению пациентов самообслуживанию. В ходе мероприятия опытом поделились медицинские сестры отделений терапевтического профиля, перед ассоциацией были поставлены четкие задачи для

дальнейшей работы уже с сестрами созданных сосудистых центров.

Пациенты, перенесшие инсульт, могут быть полностью или частично парализованы, следовательно, их перемещение – важный элемент сестринского ухода. Главная медсестра ЛОКБ, Т.В. Глазкова, поделилась с участниками конференции опытом реализации проекта по эргономике в отделениях ЛОКБ, а мастер-класс компании «Гиантера» позволил убедиться в простоте и эффективности приемов эргономики при выполнении сложных перемещений пациентов – с каталки на кровать, с кровати на стул. Простые и удобные приспособления снижают физическую нагрузку на персонал и помогают пациентам поверить в собственные силы, достичь самостоятельности в выполнении простейших задач.

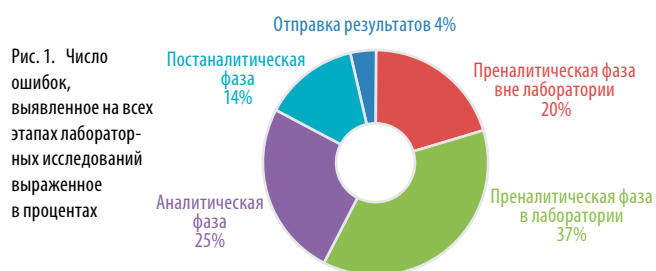
Информация не только усвоена, но и взята на вооружение главными сестрами областных учреждений. Теперь от лидерских качеств руководителей зависит как обеспечение ЛПО этими средствами, так и организация мастер-классов по их правильному использованию.



ВЗЯТИЕ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ – НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕАНАЛИТИКИ

■ **Сапенко Т. П.,**
к.м.н., специалист по продукции
медицинской компании ОМБ

Преаналитический этап лабораторных исследований – основной источник ошибок и некорректных результатов. По литературным данным, погрешности на преаналитическом этапе являются причиной более чем 60% недостоверных результатов. Собственно аналитический этап исследования вносит, по тем же данным, не более 20% ошибок, при этом некоторая их часть также обусловлена предшествующими нарушениями на преаналитическом этапе (рис. 1).



Преаналитический этап начинается гораздо раньше, чем обычно описывается в учебных пособиях. Необходимо помнить, что любой лечебный процесс включает не только оценку диагностической ценности теста, но и необходимость назначения контролирующих, сопутствующих и дополнительных процедур и исследований. Поэтому назначение исследования и подготовку пациента к взятию биоматериала также следует рассматривать, как составляющие преаналитического этапа.

Взятие биоматериала, транспортировка, хранение и пробоподготовка делятся на внелабораторную и лабораторную части. Основная задача этих этапов – обеспечение стабильности (сохранности) полученных биоматериалов и сведение к минимуму влияния различных факторов, изменяющих их качество.

Правильно проведенная преаналитическая подготовка является одним из основных условий точной лабораторной диагностики.

В настоящее время большинство клиник применяет вакуумный способ взятия венозной крови. Этот способ максимально удобен как для пациента, так и для медицинского персонала. Компания Greiner Bio-One (Австрия) – один из ведущих производителей вакуумных систем для взятия биоматериала. Такие системы обеспечивают максимальную безопасность медицинского работника при взятии венозной крови благодаря тому, что полностью исключается контакт крови с окружающей средой. Однако даже при хорошем опыте работы с такими системами, порой могут возникать проблемы.

Современные требования к получению биоматериала подробно описаны в национальных стандартах, однако выполняя эти требования, медицинский персонал часто сталкивается с целым рядом сложностей:

1. Кровь не поступает в пробирку

Возможных причин может быть несколько и для каждой из них существует свой способ решения:

Возможная причина	Способ решения проблемы
Конец иглы вплотную прилегает к стенке вены	Аналогично работе со шприцом при взятии крови – аккуратно переместите иглу в вене до успешной венопункции и получения образца или повторите венопункцию
Игла проколола вену насквозь	
Игла не полностью вошла в вену	
Жгут затянут слишком туго или намного выше места взятия крови	Ослабьте или снимите жгут
Пробирка уже использовалась, либо была предварительно открыта, либо пробка пробирки была проколота до того, как игла вошла в вену	Замените пробирку

2. При венопункции внезапно ток крови быстро прекращается, не наполнив пробирку

В данном случае медицинский персонал должен обращать внимание на следующие возможные причины и знать пути решения проблемы:

Возможная причина	Способ решения проблемы
Пробирка была слишком быстро снята с иглы и вынута из держателя	Вставьте пробирку обратно на иглу и оставьте до тех пор, пока в пробирке полностью не компенсируется вакуум (наполнив пробирку, ток крови прекратится)
Скорость поступления крови в пробирку была слишком высокой (коллапс вены)	Вытащите пробирку из держателя на секунду, а затем снова ее вставьте
Игла повредила вену в процессе венопункции или игла прошла вену насквозь	Повторите венопункцию в другом месте, где нет гематомы

3. Гемолиз в пробирке

Гемолиз (повреждение эритроцитов во время взятия крови) – это процесс повреждения эритроцитов, при котором гемоглобин выходит из них в окружающую среду. Кровь или взвесь эритроцитов превращается в прозрачную красную жидкость (лаковая кровь). Гемолиз может сделать пробу непригодной для анализа. Основные причины и способы решения проблем следующие:

Возможная причина	Способ решения проблемы
Слишком сильное сдавливание вены (больше 1 мин)	Точно контролируйте время наложения жгута (не более 1 мин)
Перенос крови в пробирку с помощью шприца	Используйте специальные двусторонние иглы для вакуумных пробирок
Слишком интенсивное перемешивание образца	Аккуратно переворачивайте пробирку 6–8 раз, согласно инструкциям к пробиркам и рекомендациям производителей вакуумных систем
Объем образца в пробирке не соответствует заданному	Контролируйте, чтобы пробирка была заполнена приблизительно до метки наполнения пробирки кровью ($\pm 10\%$)

Подробнее остановимся на процедуре «прямого» переноса крови из шприца в вакуумную пробирку, когда пробу прока-

лывают иглой шприца, и кровь с усилием выдавливают поршнем. Данная процедура имеет ряд недостатков.

1. Перенос образца происходит под избыточным давлением, что приводит к вспениванию крови, гемолизу и денатурации белков:

- Денатурация белков
 - искажает результаты, связанные с определением активности и концентрации всех белков и ферментов, активность которых напрямую зависит от стерической конфигурации молекулы белка;
 - приводит к повышению мутности образца, что искажает результаты фотометрических методик;
- Гемолиз – основная причина отказа лаборатории принять образец к исследованию. Любая гемолитичная проба считается заведомо некорректной.

2. Перенос образца крови в пробирку с реагентами требует точного дозирования, при выдавливании крови поршнем часто пробирка переполняется.

3. Манипуляции с открытой иглой несут риск ранения персонала контаминированной иглой.

Использование специального держателя для безопасного переноса крови из шприца в пробирку позволяет избежать этих проблем.

Держатель для переноса крови из шприца в пробирку из линейки продукции VACUETTE® предназначен для корректного переноса проб крови из шприцев. Конструкция держателя исключает риск травмы медицинского персонала и облегчает перенос крови без дополнительных манипуляций. Держатель соответствует рекомендациям H3-A5 CLSI (Институт клинических и лабораторных стандартов) (рис. 2).

Так же при исследовании ряда показателей возможны другие ошибки, связанные с невыполнением специальных требований к преаналитическому процессу для данного параметра.

Определенное время взятия крови

В некоторых случаях кровь необходимо брать в определенное время: при приеме некоторых лекарственных препаратов, натошак и/или вследствие суточных колебаний биологических параметров (циркадного ритма). Важно, чтобы взятие таких проб производилось в течение строго установленного промежутка времени. Следует дать необходимые указания персоналу, проводящему венепункцию, чтобы он точно соблюдал эти правила.

Примеры исследований, требующих взятия крови в определенный промежуток времени:

- Исследования показателей, изменяющихся в течение суток (например, глюкоза, кортикостероиды и другие гормоны, сывороточное железо);
- Мониторинг проводимой терапии (например, протромбиновое время, АЧТВ, концентрация салициловой кислоты, дигоксина и других лекарственных препаратов).

Во многих из перечисленных ситуаций необходимо точно записывать на бланке направления дозу препарата и время его последнего приема, а также время взятия крови.

Особенности взятия крови для отдельных исследований

- Определение содержания алкоголя в крови

При взятии пробы для определения содержания алкоголя в крови дезинфекцию места венепункции следует проводить не содержащим спирт веществом (например, мылом);

- Образцы для культивирования крови

При взятии, транспортировке и хранении образцов для культивирования крови необходимо соблюдать определенные временные и температурные условия. Кроме того, существуют различия в объеме крови, необходимой для культивирования. Обычно на один анализ необходимо взять 10–20 мл крови взрослого и 1–2 мл крови новорожденного;

- Микроэлементы

В линейке VACUETTE® представлены специальные пробирки для определения концентрации микроэлементов.

Особенности взятия крови с помощью катетеров

Существует ряд систем, качество которых имеет большое значение при проведении лабораторной диагностики у пациентов в клиниках ургентных состояний. В первую очередь это касается катетеров и фистул.

Возможные ошибки

Долговременные катетеры обычно устанавливаются пациентам в тяжелом состоянии, получающим массивную инфузионную терапию. Взятие проб крови из постоянных катетеров может привести к ошибочным результатам исследований из-за неполного промывания всей длины катетера. Это приводит к контаминации образца лекарственными средствами и/или разбавлению образца крови.

Промывание катетеров

Перед взятием пробы нужно удалить из катетера достаточное количество крови, чтобы быть уверенным, что проба не разбав-



Наберите пробу крови в шприц, используя процедуру, принятую в Вашем медицинском учреждении



Вставьте пробирку в держатель для переноса крови из шприца и надавите, чтобы игла держателя проколола пробку



Как только проба перестанет поступать в пробирку, осторожно выньте пробирку из держателя, продолжая удерживать его другой рукой

Рис. 2. Держатель для переноса крови из шприца в пробирку VACUETTE



Рис. 3. Иглы-бабочки системы VACUETTE® компании Greiner Bio-One (Австрия) для вакуумной системы взятия крови Vacuette

Продукция повышенной безопасности

Игла-бабочка Safety VACUETTE®

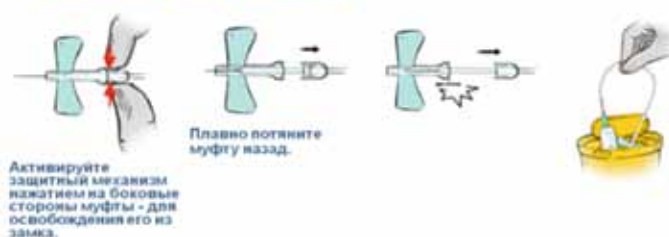


Рис. 4. Особенности взятия крови с помощью катетеров



Одноразовый держатель HOLDEX® предназначен для использования с иглами-бабочками VACUETTE®, иглами Луэра или катетерами



Рис. 5 Инфузионная терапия

лена и не контаминирована. Объем удаляемой крови зависит от внутреннего объема конкретного катетера. Для исследования системы гемостаза кровь рекомендуется сливать в количестве не менее 6 объемов катетера (5–7 мл), для других исследований – не менее 2 мл.

Если пациенту в экстренной ситуации при неотложной терапии установлена игла-бабочка с металлической силиконизированной иглой для внутривенного введения лекарственных препаратов или для взятия крови, то ее можно оставлять в вене на срок от 36 до 48 часов. Иглы-бабочки системы VACUETTE® компании Greiner Bio-One (Австрия) предназначены для взятия венозной крови у детей и пациентов с труднодоступными венами для проведения быстрой и безболезненной венепункции. В линейке продукции VACUETTE® для взятия венозной крови есть как стандартные иглы-бабочки, так и иглы-бабочки SAFETY с механизмом защиты от укола иглой (рис. 3).

Инфузионная терапия

Если пациенту внутривенно вводятся растворы, по возможности не следует брать кровь из этой же руки. Показано, что кровь, взятая проксимальнее места внутривенной инфузии, разбавлена вводимым раствором. Кроме того, раствор может содержать исследуемый аналит. Результаты исследования крови в этом случае будут ошибочными. Флеботомист должен постараться найти место для взятия крови на другой руке (рис. 4). Иногда внутривенная инфузия может проводиться с обеих рук.

Удовлетворительные образцы могут быть получены при взятии крови дистальнее места внутривенной инфузии. Для этого рекомендуется:

1. Отключить капельницу как минимум за две минуты до венепункции.
2. Наложить жгут дистальнее места инфузии. Выбрать вену, в которую не проводится инфузия.
3. Провести венепункцию.

На бланке направления должно быть отмечено, что этот образец брался из руки, в которую проводилась внутривенная инфузия.

Если вены недоступны, рекомендуется взять капиллярную кровь.

Из-за возможного возникновения ошибок при исследованиях следует избегать взятия крови из места внутривенной инфузии в течение первых двух суток после ее отмены (рис. 5).

В заключение хочется отметить, что в данной статье мы рассмотрели только некоторые вопросы, влияющие на преаналитический этап. Решение проблем, связанных с преаналитическим этапом лабораторных исследований, не могут быть решены одним сотрудником и требуют совместных действий врачей, медицинских сестер и другого персонала лаборатории, участвующих в рабочем процессе лечебного учреждения. Надеемся, что рассмотренные выше ошибки, возникающие при работе с вакуумными пробирками, и способы их решения, а также рассмотренные особенности взятия венозной крови позволят читателям произвести правильную оценку и повысить качество исследований.



Профессия – спасение людей

СТАРШАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА
ХИРУРГИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ОТДЕЛЕНИЯ
СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЕВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ВИДОВ ПОМОЩИ
АЛЛА ВЛАДИМИРОВНА АНТОШИНА
СЛУЖИТ МЕДИЦИНЕ УЖЕ 30 ЛЕТ

Медицина влекла ее с детства. Уже во втором классе школы Аллочка была санитаркой, гордо носила белую сумку с красным крестом, такую же повязку на рукаве, samozабвенно мазала сбитые коленки и локти одноклассников зеленкой. И сразу после восьмилетки поступила в Ставропольское медицинское училище. Получив диплом, пришла работать в хирургическое гнойное отделение краевой больницы. Трудилась на совесть и вскоре была назначена старшей медсестрой экстренной службы хирургического торакального отделения. Здесь она работала много лет. А потом была переведена на должность старшей медсестры хирургического гнойного отделения.

За это время произошло немало неординарных событий. Скажем, Алла Владимировна навсегда запомнила пациента, который поступил, как говорится, с аппендицитом. У него сердце располагалось справа, а печень и аппендицит слева. А как-то Антошиной пришлось выручать врача-анестезиолога.

– Она была совсем молоденькой, – рассказывает Алла Владимировна. – Начала интубировать больного, попала не туда, куда надо, растерялась, бросила и стала бегать вокруг пациента. Все оторопели. И я сама его заинтубировала. Это получилось так быстро, что никто ничего не понял. Много лет видела это, теоретически все знала и сделала спонтанно. Все закончилось благополучно.

Эта находчивость в сложных ситуациях, а еще способность к выполнению неожиданных требований хирурга всегда отличали операционную сестру. Экстренная хирургия многопрофильна. Алла Владимировна овладела секретами всех операций. Освоила и технику лапароскопических операций на органах брюшной полости. Имея огромный

практический опыт, может оказать доврачебную помощь в экстремальной ситуации. А таких ситуаций в ее профессиональной жизни было немало. Антошиной приходилось вместе с коллегами спасать людей, пострадавших в терактах. После известия о трагедии возле Ставропольского Дворца культуры медсестра приехала в больницу по собственной инициативе, не в свое рабочее время.

– Пострадавшие лежали на каталках, на столах, работали все операционные, – вспоминает Алла Владимировна. – Осколочные ранения – это страшно. Тяжелые осложнения после них бывают. Вроде небольшая ранка, но внутри возникают такие сильные разрушения! Помню, мама была в одной операционной, ее 11-летняя дочь – в другой. У девочки было осколочное ранение позвоночника, несовместимое с жизнью, она погибла. Маму вывели.

Привозили раненых из Нефтекумского района и Кисловодска, потерпевших из Невинномысска. В рабочее время или после него, днем или ночью Алла Владимировна мчалась на службу, чтобы выполнить свой профессиональный и человеческий долг.

– Просто я привыкла всю жизнь кому-то оказывать помощь, – признается Антошина. – Случилась беда – надо бежать и спасать. И когда произошло наводнение в Барсуках, мы ездили туда делать прививки против гепатита. Обходили дворы, видели потрясенных людей, которые в одночасье потеряли все: дома, хозяйство, утварь. Они были такие растерянные, несчастные. И просто нуждались в утешении. Приходилось находить какие-то слова, подбадривать их: «Слава Богу, что сами живы остались. Все остальное можно восстановить».

Собственно, всем медикам приходится оказывать людям не только хирургическую, медикаментозную, но и психологическую помощь. Алла Владимировна умеет подбодрить больного перед операцией, сказать ласковое слово после нее, вдохнуть надежду в пациентов, которые уже изнемогают от долгой болезни.

– Есть такое тяжелое заболевание, как панкреонекроз, – рассказывает Антошина. – Раньше из десяти человек выживал один, сейчас из десяти мы спасаем девять. У нашего отделения в этой области накоплен огромный опыт. Но больные так устают от многолетнего лечения. Я говорю: «Держись, не раскисай. Ты не первый и не последний, вместе выдюжим». Эти люди за долгие годы уже родными становятся. И когда такой пациент, похудевший, бледный, начинает самостоятельно ходить, выздоравливает – такая радость на душе! И вообще, счастье нашей работы – видеть конкретные результаты своего труда: светлые лица, благодарные глаза, спасенные жизни.

Алла Владимировна спасает людей на рабочем месте, много лет сдает кровь нуждающимся. Она – почетный донор России. За свой самоотверженный труд неоднократно награждалась администрацией центра. Имеет Почетные грамоты губернатора, Министерства здравоохранения Ставрополья, Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Любовь к медицине Алла Владимировна передала и детям. Ее сын и дочь окончили Ставропольский базовый медколледж. Сын переквалифицировался, а дочь трудится в краевом онкологическом диспансере. И остается, как и мама, верна трудной, но такой важной и необходимой профессии.

Светлана Добровольская,
корреспондент

ЕДИНЫЙ СТАНДАРТ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ВЕНОЗНОГО ДОСТУПА

17 ноября 2011 года в Санкт-Петербурге состоялась конференция «Единый стандарт периферического венозного доступа как возможность оптимизации работы ЛПУ», организованная Ассоциацией медицинских сестер России (РАМС), действительным членом Международной ассоциации инфузионных медсестер. Мероприятие прошло при поддержке компании BD («Бектон, Дикинсон энд Компани»), производителя современных расходных средств для катетеризации периферических вен.

Конференция стала итогом образовательного проекта «Академия правильной инфузии», проведенного Ассоциацией медицинских сестер России в партнерстве с компанией BD в 2011 году. Проект стартовал в апреле 2011 года и его важнейшими задачами стали: разработка и внедрение в широкую сестринскую практику протокола катетеризации периферических вен для лечебных учреждений; повышение знаний и умений среднего медицинского персонала по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа; повышение безопасности среднего медперсонала и пациента при обеспечении и поддержании периферического венозного доступа, а также улучшение качества оказываемой медицинской помощи.

В ходе проекта состоялось несколько учебных семинаров, организованных по знакомому членам Ассоциации «каскадному» методу: каждый участник учился с тем, чтобы впоследствии научить других (коллег в своем отделении, своем



ЛПО). Кроме того, участники вели кропотливую работу над документами – алгоритмом периферической катетеризации РАМС и стандартом Ассоциации инфузионных сестер (INS), с тем чтобы создать и провести апробацию методических рекомендаций для России.

Параллельно с подготовкой конференции Ассоциация медицинских сестер России обратилась в адрес МЗСР РФ с предложением согласовать созданные документы и провести работу по их внедрению во всех учреждениях здравоохранения.

В течение нескольких месяцев осуществлялся сбор экспертных оценок и предложений, вносились, обсуждались, редактировались поправки к созданным документам. В итоге – Ассоциация рада представить всем своим читателям согласованный и рекомендованный для использования документ. Оговоримся, что окончательного согласования со стороны МЗСР РФ получено не было: ведомство готово согласовывать только те документы, которые подпадают под определение «методического пособия», составлены с учетом определенных требований к пособиям, в то время как документ РАМС – это практическое руководство. Поскольку во всем мире профессиональные ассоциации имеют полномочия по созданию таких документов, а Российское законодательство также дает профессиональным ассоциациям такое право, РАМС берет на себя ответственность за утверждение и распространение методических рекомендаций по периферическому венозному доступу.

Следующий ответственный шаг – эффективное внедрение методических рекомендаций в практику. Большая ответственность в этой работе лежит на региональных ассоциациях сестринского персонала. Необходимо организовать конференции, познакомить с документом наиболее широкую аудиторию медицинских сестер, осуществить достаточное число мастер-классов для тренировки практических навыков периферической катетеризации. Эту работу следует доверить наиболее опытным и профессиональным кадрам.



Опыт участия в проекте делится медицинская сестра отделения онкогематологии ЛОКБ

Е.В. Кубанцева: Нашему учреждению довелось принять участие в этом актуальном проекте. Не секрет, что устаревшая методика периферического венозного доступа посредством иглы до сих пор является распространенной в российских медицинских учреждениях. Отсюда вытекает – необоснованно высокая нагрузка на персонал, недостаточное качество помощи, жалобы со стороны пациентов, и, главное, угроза их безопасности, а также безопасности самих медицинских работников. В ЛОКБ периферическая катетеризация давно вошла в практику отделений реанимации и интенсивной терапии, однако импульса для распространения этого опыта на другие отделения не хватало. Участие в проекте «Академия правильной инфузии» стало для нас толчком к обучению сестринского персонала. Сегодня мы проводим мастер-классы уже не только для сестер ЛОКБ, но и для персонала других ЛПО области. Знакомству с методическими рекомендациями уделяется время при проведении любых мероприятий областной ассоциации.

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПЕР

Код технологии A.11.12.002		Название технологии: Катетеризация периферической вены	
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу		
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального образовательного учебного учреждения по специальностям: • 060101 Лечебное дело • 060102 Акушерское дело • 060501 Сестринское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего профессионального образовательного учебного заведения по специальностям: • 060101 Лечебное дело • 060103 Педиатрия • 060500 Сестринское дело	
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Иметь действующий сертификат специалиста	
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала		
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	• До и после выполнения процедуры проводить гигиеническую обработку рук. • Во время процедуры использовать средства индивидуальной защиты (спецодежда, колпак, маска, перчатки, очки или защитный экран). • Использовать непрокальваемые контейнеры, деструкторы для использованных игл (шприцев с интегрированными иглами). • Соблюдать правила асептики на протяжении всех процедур.	
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги	• Стационарные • Транспортировка в условиях «скорой медицинской помощи»	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги	• Лечебное	
5.	Материальные ресурсы		
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	• Перчатки медицинские (стерильные) • Одноразовый передник или халат • Манипуляционный столик • Жгут венозный (резиновый или эластичный) • Подушка клеенчатая (или подлокотник для стабилизации руки) • Лоток стерильный. • Стерильный пинцет.	• Пакет для утилизации медицинских отходов класса Б • Непрокальваемый контейнер для утилизации острых предметов • Ножницы продезинфицированные или клиппер с одноразовой стригущей насадкой • Периферический внутривенный катетер (далее ПВК) • Одноразовый шприц объемом 10 мл
5.2	Реактивы	• Отсутствуют	
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	По назначению врача	
5.4	Продукты крови	По назначению врача	
5.5	Лекарственные средства	• Антисептик для обработки кожи рук и инъекционного поля • Салфетки инъекционные стерильные	• Ампула с раствором натрия хлорида 0.9% 10 мл для промывания внутривенного периферического катетера
5.6	Прочий расходный материал	• Жидкое мыло • Диспенсер с одноразовыми полотенцами • Салфетки марлевые стерильные	• Заглушка для катетера • Стерильная самоклеющаяся полупрозрачная повязка для фиксации ПВК
6.	Характеристика выполнения методики простой медицинской услуги		
	I. Подготовка к манипуляции		
	1. Проверить сроки годности и целостность упаковки изделий медицинского назначения.		
	2. Сверить Ф.И.О. пациента с историей болезни.		
	3. Уточнить назначенный врачом лекарственный препарат и раствор для его разведения.		
	4. Надеть защитную одежду.		
	5. Обработать руки антисептиком.		
	6. На манипуляционном столике расположить удобным способом все необходимое для манипуляции. Подготовить набор для катетеризации в стерильном лотке.		
	7. Объяснить пациенту суть процедуры и получить устное согласие пациента либо его официальных представителей.		
	8. При необходимости удалить волосы в области венопункции ножницами или клиппером.		
	9. Подложить под руку пациента подлокотник или клеенчатую подушку.		
	10. Наложить жгут на 10–15 см выше предполагаемой венопункции. Убедиться в венозном наполнении конечности.		
	11. Обработать руки антисептиком и надеть стерильные перчатки.		
	12. Обработать область венопункции стерильной салфеткой с кожным антисептиком круговыми движениями от центра к периферии и дождаться полного высыхания антисептика. Не пальпировать вену повторно после дезинфекции кожи пациента.		
	13. Сбросить использованные салфетки в пакет для дальнейшей утилизации.		

ИФЕРИЧЕСКОЙ ВЕНЫ

II. Установка периферического венозного катетера

1. Взять ПВК наиболее удобным способом. Убедиться, что срез иглы-проводника направлен вверх.
2. Натянуть кожу пациента большим пальцем, не дотрагиваясь до места венепункции, и зафиксировать вену.
3. Проколоть кожу и вену под острым (10–45°) углом.
4. Уменьшить угол введения катетера, максимально приблизив катетер к коже после появления крови в камере визуализации.
5. Продвинуть катетер с иглой-проводником на 2–3 мм в вену.
6. Мягко потянуть иглу-проводник назад на 2–3 мм. Появление тока крови между иглой-проводником и канюлей катетера подтвердит правильное размещение катетера в вене.
7. Полностью продвинуть канюлю катетера в вену, снимая его с иглы-проводника.
8. Снять жгут.
9. Пережать пальцем вену выше кончика катетера и извлечь иглу-проводник.
10. Немедленно сбросить иглу-проводник в непрокалываемый контейнер для острых предметов.
11. Закрепить катетер заглушкой или присоединить устройство без игольного доступа либо подсоединить инфузионную систему.
12. Зафиксировать катетер стерильной окклюзионной повязкой.
13. Промыть катетер стерильным физиологическим раствором (NaCl 0,9%). Если не предполагается немедленное проведение внутривенной терапии, создать «замок» физиологическим раствором.

III. Окончание процедуры

1. Сбросить шприц в пакет для утилизации.
2. Снять перчатки и сбросить в пакет для утилизации.
3. Обработать руки гигиеническим способом.
4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации (лист наблюдения за ПВК в истории болезни).

7. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

- На месте проведения инъекции не должно быть рубцов, болезненных тактильных ощущений, кожного зуда, воспалительных явлений, уплотнений.
- Для обработки инъекционного поля рекомендуется использовать марлевые салфетки или специальные запатентованные. В случае сильного загрязнения инъекционного поля использовать количество салфеток с кожным антисептиком, необходимое для его очистки и обеззараживания
- Контролем методической правильности наложения жгута служит наличие пульса с неизменившимися характеристиками (частота, ритм, наполнение, напряжение, высота), ниже места наложения жгута. Если наполнение пульса на лучевой артерии ухудшилось, следует ослабить натяжение жгута.
- Считается допустимым слегка цианотичный цвет руки ниже наложения жгута. При наложении жгута женщине, перенесшей мастэктомию, не рекомендуется накладывать жгут на руку, расположенную на стороне мастэктомии.

8. Достигаемые результаты и их оценка

- Катетер находится в вене и функционирует.

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

- Врач получает от пациента (или его законного представителя) согласие на проведение медицинской процедуры.
- Врач информирует медицинский персонал о предстоящей медицинской процедуре.
- Пациент получает информацию о предстоящей медицинской процедуре от медицинского работника.

10. Параметры оценки и контроля качества выполнения методики

- Своевременность выполнения процедуры в соответствии со временем назначения.
- Отсутствие отклонений и дефектов на этапах выполнения манипуляции.
- Отсутствие осложнений во время и после проведения манипуляции.
- Наличие записи о результатах выполнения манипуляции в медицинской документации.
- Удовлетворенность пациента (или его законного представителя) качеством предоставленной медицинской услуги.

11. Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги

- Коэффициент УЕТ врача – 0.
- Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 5,0.

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

- См. «Методические рекомендации по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа».

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

- Лист наблюдения за ПВК.

Брошюра «Методические рекомендации по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа» содержит исчерпывающую информацию о подготовке и проведении данной манипуляции, а также требования к ведению документации. По вопросам приобретения обращаться в адрес редакции.



РАБОТА ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ СУСТАВОВ



■ **Балабанова И.Т.,**
старшая медицинская сестра
учебно-методического отдела
НИИ им. Р.Р. Вредена,
г. Санкт-Петербург

Современное развитие медицинской науки и техники за последние 20 лет позволили сформироваться новому направлению хирургии – эндоскопической. А в травматологии и ортопедии открылось новое направление эндоскопической диагностики и хирургии суставов – хирургическая артроскопия.

Преимущества данного вида диагностики очевидны – возможность визуально оценить состояние мягкотканых внутрисуставных структур при сохранении целостности и герметичности сустава, произвести инструментальное исследование их состояния, причем и в покое и при движении сустава. В клиниках, где развиты методы артроскопии, точность этого вида диагностики при повреждениях и заболеваниях суставов достигает 95–100%.

Развитие хирургической артроскопии на базе современного оборудования позволило большинство операций на коленном и плечевом суставах перевести в эндоскопические, когда весь внутрисуставной объем операции выполняется без рассечения сустава (без артротомии). Преимущества данной операции в сохранении целостности сустава, т. е. его иннервации, кровоснабжения и биомеханики, что обеспечивает небывало ранний безболезненный реабилитационный этап лечения на

фоне отсутствия необходимости послеоперационной фиксации. Так, например, после традиционной резекции мениска коленного сустава путем артротомии в послеоперационном периоде применяется 3–4-недельная фиксация сустава для полноценного сращения рассеченных оболочек. Далее требуется реабилитационное лечение для устранения развившейся контрактуры сустава и атрофии мышц. Общий срок лечения составляет от 2 до 3 месяцев.

После артроскопической резекции мениска необходимости фиксации сустава нет. В первые послеоперационные сутки в нем начинают движения, а со 2-го дня – ходьбу с дозированной опорой. Полная амплитуда движений оперированного сустава восстанавливается к 7–10 дню. Общий срок лечения составляет от 10 дней до 3 недель.

Артроскопические операции позволяют быстро и, главное, на высоком уровне, добиться выздоровления большого контингента больных с заболеваниями и повреждениями суставов. Ар-

троскопические методы оперативного лечения несут и экономическую подоплеку, поскольку значительное сокращение сроков общего лечения позволяет снизить сумму общих расходов, несмотря на высокую стоимость оборудования.

Российский НИИ травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена в Санкт-Петербурге имеет многолетний опыт хирургии суставов, являясь одним из пионеров артроскопии.

В настоящее время выполнено свыше 10 000 операций различной категории сложности, включая реконструкцию крестообразных связок коленного сустава, хондропластики и прочие. Институт имеет функциональный центр эндоскопической хирургии суставов с 60-коечным фондом, гордится своей командой профессионалов – врачей и медицинских сестер, прошедших обучение как в России, так и за рубежом.

Опираясь на многолетний опыт работы в операционной, в которой в основном выполняются артроскопиче-



ские вмешательства, мы считаем, что работа операционной медсестры имеет ряд специфических особенностей, которые необходимо учитывать при подготовке медицинских кадров, а также для усовершенствования работы опытных операционных сестер.

В НИИ к работе медсестер предъявляются дополнительные требования. Одной из основных задач учреждения является разработка и совершенствование новых методик, клиническая апробация ранее не применявшихся методов. Новизна вмешательства требует активного участия медсестры в операции и постоянного расширения профессиональных знаний. Использование видеоэндоскопической установки, отображающей операцию на экране монитора, позволяет не только следить за ее ходом, но и предугадать развитие событий и быть готовой к ним. Выполнение сочетанных эндоскопических вмешательств обязывает медсестру иметь представление о принципах работы этого оборудования, системе слежения и регулировке режима, так как присутствие специалиста не всегда возможно. Использование большого количества электроприборов под высоким напряжением требует знания и четкого исполнения правил их использования и мер безопасности. В штате операционной должно быть несколько специально подготовленных операционных сестер, способных заменить друг друга.

С конца 90-х годов в Санкт-Петербург поступало большое количество эндоскопической техники. Это позволило разворачивать в стационарах эндоскопические отделения. Хирурги с радостью ухватились за освоение новых методов диагностики и хирургического лечения. Использование инстру-

ментов, ранее не применявшихся в российской хирургической практике, привело к необходимости разработки оригинальной системы дезинфекции и стерилизации, отвечающей в то же время общепринятым требованиям. Нагрузка операци-

онной сестры и время на обработку эндоскопических инструментов значительно возрастают вследствие того, что материалы, из которых изготовлены эти инструменты, не подлежат традиционной обработке. Но именно операционные сестры первыми подняли вопрос об обработке дорогостоящего оборудования – деликатных инструментов (эндоскопы, артроскопы, световоды и т. д.), о необходимости качественной подготовки оборудования и гарантиях безопасности пациента.

В итоге в городе была принята программа по обеспечению стерилизующей аппаратурой стационаров, осуществляющих малоинвазивные операции. При активной позиции санэпидслужбы стационаров, старших операционных сестер, многие больницы приобрели аппараты холодной стерилизации «Стеррад-100» (2-я многопрофильная больница, 3-я Елизаветинская больница, имеющая специализированный эндоскопический центр, 26 городская больница, 40-я больница города Сестрорецка). Это позволило сохранить дорогостоящее оборудование и инструменты, обеспечить безопасность пациентов при выполнении эндоскопических операций.

Сегодня за операционными медицинскими сестрами прочно закрепилось звание самых активных участников в выполнении программ по обеспечению и выполнению высокотехнологических операций. Они первыми поднимают вопросы не только по обработке инструментов, но и по утилизации хирургических отходов, применению одноразового белья в операционных блоках, повышению уровня подготовки, уровня знаний и навыков сестринского персонала.



Учитывая большое количество специальной аппаратуры, в хирургическом стационаре операции с применением эндовидеоаппаратуры выполняются в одной эндохирургической операционной. От медсестры требуется знание особенностей различных операций, способность в кратчайший срок подготовиться к переходу на открытое вмешательство на суставе при развитии каких-либо осложнений, знать требования к шовному материалу и сшивающим аппаратам.

В силу специфики развития эндоскопической хирургии в России операционными сестрами становились сестры, занимающиеся непосредственно эндоскопией, что создавало некоторые трудности в освоении операционного дела. Но интерес к новому направлению, стремление повысить свой профессиональный уровень позволили их преодолеть.

Сегодня операционные сестры всех российских регионов активно пользуются возможностью пройти обучение «на рабочем месте» в НИИ им. Вредена продолжительностью от 1 недели до 1 месяца, что приносит большую пользу в расширении профессиональных навыков и уверенному освоению принципов работы с разнообразным эндоскопическим оборудованием. Сейчас возникает необходимость если не в выделении отдельной специальности (хотя все возможно и реально) – операционная эндоскопическая сестра, то в прохождении специализации по аналогии с обучением врачей в училищах повышения квалификации средних медицинских работников с выдачей сертификатов по данной специальности.





ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

11–13 ОКТЯБРЯ 2012 г.,
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Ассоциация медицинских сестер России приглашает специалистов отрасли принять участие в крупнейшем профессиональном форуме!

В ходе торжественной церемонии открытия состоится награждение победителей конкурса «Медицинская сестра 2011 года», на пленарных заседаниях выступают эксперты Минздравсоцразвития и ВОЗ, представители профсоюза, лидеры РАМС и Международного совета медсестер.

Секционные заседания с участием зарубежных экспертов пройдут по таким направлениям, как: «Исследования в сестринском деле», «Сестринское дело в эндоскопии», «Сестринское дело в психиатрии», «Сестринское дело в неонатологии», «Акушерское дело», «Сестринское дело во фтизиатрии», «Профессиональное образование», «Анестезиология и реаниматология», «Сестринское дело в педиатрии», «Операционное дело», «Первичное здравоохранение», «Лечебное дело».

Ранняя регистрация доступна до 15 мая 2012 года. Подробная информация для участников форума – на интернет-сайте Ассоциации медицинских сестер России www.medsestre.ru. Справки по тел. (812) 315-00-26.

ВНИМАНИЮ ЧЛЕНОВ АССОЦИАЦИИ

КОНКУРС ГРАНТОВ

ГРАНТ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Ассоциация медицинских сестер России совместно с Международным советом медсестер и компанией Эли Лилли объявляет о конкурсе мини-грантов для сестринского персонала фтизиатрической службы в четырех категориях: исследование; внедрение доказательной практики; обучение; формирование безопасной/благоприятной среды.

Конкурс призван поддержать те сестринские инициативы в области ухода за пациентами с ТБ/МЛУ-ТБ, которые направлены на улучшение среды для оказания помощи, обеспечение инфекционной безопасности, внедрение новых форм работы,

проведение сестринских исследований в этих направлениях, улучшение подготовки сестринских кадров в области ТБ/МЛУ-ТБ.

Гранты будут предоставляться на конкурсной основе, т. е. финансирование в итоге получают те специалисты, которые смогут доказать актуальность заявленной инициативы. Предпочтения будут отдаваться проектам, в основе которых будет заложен исследовательский компонент, нацеленность на внедрение доказательной практики, возможность фактически подтвердить достижение поставленных проектом задач и решение имеющихся проблем. Максимальная сумма гранта – 50 тыс. руб.

ГРАНТ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Ассоциация медицинских сестер России совместно с Почетным обществом медицинских сестер Сигма Тета Тау Интернейшнл объявляет конкурс грантов для медицинских сестер педиатрической службы. Здесь участникам предстоит выбрать одну из двух категорий: исследования или обучение.

Максимальная сумма гранта составит 50 тыс. руб.

СОДЕРЖАНИЕ ГРАНТОВОЙ ЗАЯВКИ

1. КАТЕГОРИЯ ПРОЕКТА
2. ОПИСАНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Пожалуйста, опишите проблему, которую намерены решить посредством выполнения проекта. Укажите, в чем состоит негативное влияние проблемы на качество сестринской помощи, на пациентов. Подтвердите это статистическими данными. Если речь идет об исследовательском проекте или проекте внедрения доказательной практики, сформулируйте здесь исследовательский вопрос.

3. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ПРОЕКТА

Определите кратко цель Вашего проекта, его задачи.

4. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТА

Опишите, каких результатов Вы добьетесь, реализовав проект.

5. МЕТОДОЛОГИЯ ПРОЕКТА

Изложите основные мероприятия проекта, те действия, которые позволят Вам достичь поставленной цели и решить имеющуюся проблему.

6. ПАРТНЕРЫ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА

Определите партнеров в выполнении проекта, наличие поддержки со стороны коллег, администрации, спонсоров

7. ВЕРОЯТНЫЕ БАРЬЕРЫ В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛИ И ЗАДАЧ ПРОЕКТА

Ожидаете ли вы трудности в достижении цели и задач проекта.

8. ГРАФИК МЕРОПРИЯТИЙ ПРОЕКТА

Представьте мероприятия проекта в виде таблицы с указанием наименований мероприятий, графика их выполнения, числа вовлеченных в их проведение лиц.

9. БЮДЖЕТ ПРОЕКТА

Определите бюджет проекта в зависимости от его содержания и мероприятий, укажите основные статьи расходов в проекте, необходимые суммы.

10. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОЕКТА

Укажите, как вы сможете оценить результаты проекта, с помощью каких средств вы подтвердите его выполнение и достижение поставленных целей, а также то, что проблема, побудившая Вас к реализации проекта, была решена полностью или частично.

11. РАСПРОСТРАНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОЕКТА

Изложите, как результаты реализованного проекта обретут известность среди Ваших коллег, тех, кто вовлечен в оказание помощи, руководителей здравоохранения, членов Ассоциации.

Конкурсная документация размещена на интернет-сайте Ассоциации медицинских сестер России по адресу: www.medsestre.ru. Заявки на участие в конкурсе будут приниматься в срок до 01.07.2012 г. по электронному адресу: rna@medsestre.ru. Консультации по вопросам участия в конкурсе по тел.: (812) 315-00-26.

Вручение грантов состоится на Всероссийском форуме.

Вестник Ассоциации медицинских сестер России

ОТКРЫТОСТЬ, ДОСТУПНОСТЬ, ИНФОРМИРОВАННОСТЬ



16–19 февраля в Санкт-Петербурге состоялось очередное заседание Правления РАМС

В насыщенной повестке дня заседания значились самые разные вопросы, включая подведение итогов конкурса «Медицинская сестра 2011 года», подготовка Всероссийского форума, информационная и международная деятельность РАМС. Особое внимание члены Правления Ассоциации уделили задачам защиты интересов сестринского дела и взаимодействию с Министерством здравоохранения и социального развития РФ. В частности, было принято решение обратиться в адрес МЗСР с предложениями:

1. Об утверждении итогов Всероссийского конкурса «Медицинская сестра 2011 года», с тем чтобы объявление итогов состоялось в преддверие профессионального праздника – Международного дня медицинской сестры;
2. О проведении церемонии награждения победителей в ходе Всероссийского форума медицинских сестер 11 октября 2012 года, финансовой поддержке наградного фонда, организационном содействии в том, чтобы победители кон-

курса смогли принять очное участие в церемонии;

3. О реорганизации объявленного Приказом МЗСР от 31.01.2012 конкурса Медицинская сестра 2011 года в конкурс 2012 года, продлении сроков приема конкурсных работ до 15 сентября;
4. О совершенствовании конкурсной документации, уточнении критериев оценки достижений конкурсантов.

Отдельное обсуждение состоялось по вопросу о сохранении и поддержке высшего сестринского образования. Многим медицинским сестрам данный вопрос может показаться не самым приоритетным, однако речь идет не собственно о высшем образовании, но о статусе профессии, о том, к какому будущему её приведут необходимые решения, какие перспективы будут отброшены на десятилетия назад. Правлением было принято решение – Ассоциации предстоит четко озвучить свою позицию по вопросам сохранения и поддержки ВСО.

Одним из разделов работы заседания стало рассмотрение вопросов о членстве в Ассоциации ряда региональных отделений. Координационным советом 2011 года под особый контроль была поставлена ситуа-

ция в Ассоциации медицинских сестер Республики Карелия. В течение года там состоялся круглый стол с участием президента и исполнительного директора РАМС; руководитель Карельской ассоциации также получила поддержку в виде привлечения к международному проекту лидерство в переговорах. Тем не менее усилия оказались напрасными – за год ситуация практически не изменилась. Решением Правления РАМС Карельская ассоциация была исключена из числа коллективных членов. Аналогичное решение было принято в отношении Иркутской ассоциации.

Вместе с тем, идут и обратные процессы. Так, в число партнеров РАМС вошло новое объединение дополнительного профессионального образования г. Нижневартовска. Его руководителю, Гришаевой Татьяне Владимировне, долгое время не удавалось создать и зарегистрировать местное отделение, поэтому на данный момент выбрана такая форма – не коллективного членства, а партнерства, с тем чтобы медицинские сестры Нижневартовска не были лишены возможности льготного участия в мероприятиях Ассоциации медицинских сестер России, получали необходимую информационную и консультативную поддержку.

ХУЛИГАНСТВО НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

ЯВЛЕНИЯ БУЛЛИНГА В СЕСТРИНСКОЙ ПРОФЕССИИ

(Продолжение. Начало статьи опубликовано в «Вестнике РАМС» №4/2011 г.)



■ Джудит А. Весси,

д-р философии, магистр делового администрирования, член Американской академии сестринских наук, профессор сестринского дела Бостонского колледжа им. Уильяма Ф. Коннелла



■ Царева В.Г.,

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



Последствия буллинга

Буллинг оказывает негативное воздействие на психологическое и физическое здоровье тех, против кого он нацелен. Среди психологических последствий можно выделить беспокойство, стрессы, депрессию, потерю уверенности в себе, падение самооценки, снижение способности сконцентрироваться, перепады настроения, раздражение. Возникают и такие явления как употребление алкоголя, курение, могут появиться иные виды зависимости. Среди лиц повышенного психологического риска могут возникнуть и такие явления, как посттравматическое стрессовое расстройство, попытки суицида. Физические последствия включают головные боли, боли в желудке, изменения привычек в еде, нарушения сна, повышение артериального давления, снижение и потеря либидо. В большинстве случаев жертвы буллинга чувствуют себя бессильными, опасаются, что их репутация, степень доверия к ним или карьера могут пострадать, они боятся возмездия, если расскажут о буллинге, боятся того, что им не поверят.

Стремясь снизить число нападков, жертвы буллинга подчиняют свое по-

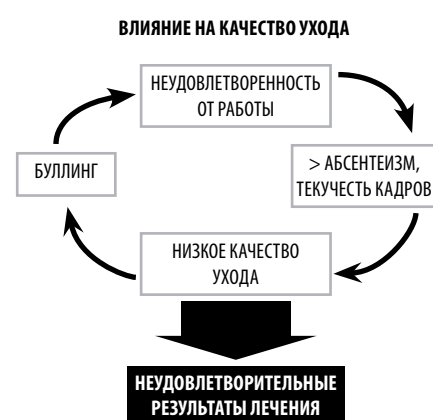
ведение жесткому контролю, чтобы избежать более жестких атак. Влияние буллинга усугубляется, если на жертву обрушивается негодование руководителя в ответ на просьбу о помощи. Многие медсестры даже не осознают, что становятся жертвами буллинга, а если понимают, то не знают, как об этом рассказать.

Последствия буллинга могут выходить за пределы межличностного общения и влиять на все отделение, учреждение и профессию в целом. Буллинг препятствует выполнению ключевых совместных задач, нарушает коммуникацию и обмен информацией о пациенте, препятствует он и совместному принятию решений, т. е. создает все те условия, которые имеют прямое отношение к медицинским ошибкам и негативным результатам лечения. Работоспособность и качество труда медсестер – жертв буллинга снижается, число ошибок растет, растет и абсентеизм. Далее возникают системные явления – высокая текучесть кадров. Буллинг становится весьма дорогим испытанием для медицинских организаций – на поиск, найм, обучение и ориентацию новых сотрудников уходят и время, и деньги; в силу менее качественного ухода сроки госпитализации

Буллинг оказывает прямое негативное воздействие на результаты лечения пациентов.

В первой части публикации («Вестник №4/2011»), посвященной проблеме буллинга, было дано определение этого явления, рассмотрены основные условия, при которых может возникнуть риск буллинга, в том числе, в сестринской практике, дан портрет потенциальной жертвы. Надеемся, что эта проблема вызвала у Вас живой отклик, а приведенные во второй части публикации советы помогут Вам либо предотвратить явления буллинга в своем коллективе, либо преодолеть их.

пациентов увеличиваются, также повышая финансовое бремя для ЛПО.



Борьба с буллингом на рабочих местах

Лидеры сестринского дела во всем мире единогласны – явления буллинга для профессии неприемлемы. Он наносит ущерб людям, вносит вклад в сокращение кадров, заставляет студентов покидать сестринские образовательные программы, вынуждает медсестер увольняться с работы из-за агрессивной среды и неудовлетворенности от работы. Меры противодействия буллингу, его сокращение может оказаться весьма сложной задачей, поскольку необходимо внедрять изменения на организационном и на межличностном уровне.

Для борьбы с буллингом предлагаются различные способы. В ряде стран существуют особые законы, предписывающие борьбу с буллингом и предусматривающие ответственность организаций за мониторинг и разбирательство с эпизодами буллинга.

Медицинская организация может начать борьбу с буллингом следующими действиями:

1. Установить четкую политику, определяющую профессиональное поведение;
2. Создать систему отчетности по эпизодам буллинга и неприемлемого поведения сотрудников;
3. Провести обучение сотрудников, познакомить их с новой политикой и донести ее смысл.

При всем этом важно обеспечить грамотное лидерство. Руководители сестринских служб должны обладать правильными личностными качествами,

знаниями и лидерскими способностями, дабы обеспечить успех принятой борьбы.

К сожалению, слишком многие учреждения здравоохранения незаметно скатываются к ситуациям управленческого кризиса, когда принимают на работу сестер-менеджеров, основываясь на их предшествующем клиническом опыте и компетенциях, а не на наличии соответствующего образования, управленческих навыков и лидерских качеств, необходимых для такой должности.

Опыт многих учреждений показывает, что результативным оказывается обучение коллектива на тему буллинга, обеспечение организационных мер для оповещения руководства об эпизодах буллинга и тренинги, направленные на укрепление командного духа.

Приведенные здесь клинические ситуации являются свидетельством того, что лидерство определяет эффективность противодействия буллингу.

Буллинг в России

К сожалению, явления буллинга распространены и в российском здравоохранении, за одним небольшим, но важным исключением – их не принято обсуждать, точнее, в среде медицинских сестер эти проблемы пока обсуждаются односторонне. Либо достаточно других острых проблем, либо мы не готовы пока к их анализу и решению.

Так, при обсуждении вопросов агрессии в медицине на первый план выходят проблемы взаимоотношений медсестер и пациентов, вторыми по упоминанию являются проблемы с врачами, а то, что внутри коллектива среди коллег по цеху имеет место настоящий буллинг, часто замалчивается.

Валентина Геннадьевна Царева, зам. главного врача по работе с сестринским персоналом госпиталя ветеранов войн № 3 г. Москвы и президент Московской ассоциации считает, что в этом вопросе проявляется незрелость сестер-менеджеров. «Если мы обсуждаем некое негативное явление, значит, признаем его в качестве проблемы, а далее – разрабатываем стратегию для ее решения. Если не обсуждаем, значит, зарываем голову в песок».

В нашем учреждении на подобного рода проблемы глаза закрывать не принято, в связи с чем хочу поделиться с читателями «Вестника» своим опытом, – говорит Валентина Царева. – Надеюсь, что кому-то этот опыт будет полезен, а приведенные ниже клинические ситуации помогут в будущем своевременно идентифицировать явления буллинга и предпринимать эффективные управленческие вмешательства».

Старшая медсестра и медсестра без опыта работы

В один из периодов работы нашего учреждения стало очевидным, что в одном из отделений имеются сложности в коллективе. Молодые специалисты здесь надолго не задерживались, под разными предлогами хотели перевестись в другие отделения госпиталя, а в отсутствие свободных вакансий просто уходили. Увольнения по причине высокой нагрузки или низкой заработной платы были мною отвергнуты, ведь многие специалисты хотели остаться в нашем учреждении, но не в своем отделении. Помогла индивидуальная беседа с одной из молодых медсестер. Разговор был непростым, но в итоге та призналась, что работать под началом своей старшей медсестры более не может. Грубость и резкость непосредственного руководителя довела девушку до тяжелого стресса. По ее словам, больше всего в отделении страдали именно новенькие.

Надо сказать, что это отделение всегда было на хорошем счету. Особых промахов в работе старшей медсестры никто не отмечал, в документации и результатах работы – полный порядок. Отталкиваясь от этих фактов, мною было принято решение – выявить причины проблем и попытаться их решить. Старшая медсестра была вызвана для обсуждения ситуации в отделении. Я со своей стороны поставила выстроить беседу в атмосфере доброжелательности и открытости. Как оказалось, именно таким был стартовый опыт работы и нашей старшей медицинской сестры. В самом начале своей профессиональной деятельности она столкнулась с грубым и властным руководителем, кредо которой состояло в том, чтобы «научить молодежь жизни». Крепко усвоив

«уроки», она решила, что данный стиль поведения и отличает опытную медсестру от неопытной, руководителя – от подчиненного, и стала применять его сразу же после назначения на должность старшей медсестры. Я рекомендовала ей пересмотреть свои взгляды и стиль работы, а также ввела обсуждение вопросов психологии управления и взаимодействия в коллективе в программу общебольничных конференций. Ситуация разрешилась благополучно, в противном случае мною был бы поставлен вопрос о поиске старшей медсестрой другого места работы.

Медсестры и наставники

Все мы когда-то выросли профессионально благодаря первым наставникам, и сегодня наставничеству отводится не последняя роль в приобретении молодыми специалистами опыта и поддержки на первых порах своей трудовой деятельности. Но здесь нужен четкий контроль. Думаю, что многим главным сестрам знакома ситуация, при которой молодым сестрам поручается наименее квалифицированная работа, часто они становятся «девочками на побегушках», на которых можно повысить голос по поводу и без. Такие отношения между молодым специалистом и наставником, если не перенаправить в правильное русло, становятся почвой для проявления буллинга. А ведь задумано все иначе – с наставником молодой специалист должен пройти самые сложные участки профессии, освоить самые трудные манипуляции, научиться общаться с пациентами.

Опыт свидетельствует, что взаимоотношения в среде медицинских сестер по линии молодой специалист–наставник дублируются и на уровне взаимоотношений медицинская сестра–врач. Борьбу за свои профессиональные права нужно начинать с самих себя.

В практике нашего госпиталя наставничество контролируется главной медицинской сестрой. Стараемся следить за тем, чтобы элементы буллинга не возникали. В целях профилактики вопросы этики, профессиональных взаимоотношений, работы в междисциплинарной команде стали в учреждении постоянными в ходе как сестринских, так и общебольничных конференций. Своевременно выявлять конфликтные ситуации в коллективе, обсуждать с медсестрами их проблемы, воспитывать молодых медсестер достойно вести себя и прививать им чувство уважения к себе в первую очередь, не унижать их достоинство – мои рекомендации коллегам-руководителям сестринских служб.

Выводы

Как видите, буллинг в сестринской практике встречается и составляет серьезную проблему. Но каждый из нас может вмешаться, изменить ситуацию. Мне хотелось бы, чтобы все понимали – обращая внимание на проявления буллинга, разрабатывая и реализуя творческие, неординарные решения этой проблемы, мы не только помогаем сестринскому коллективу, но оказываем прямое воздействие на качество медицинской помощи.

НОВОСТИ КОРОТКОЙ СТРОКОЙ

РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

ЭСТАФЕТА РЕГИОНОВ – КЕМЕРОВО

■ **Букина Т.А.,**

главная медсестра МЛПУ «ДГКБ № 3» г. Новокузнецк.

29 ноября 2011 года в Кемерово состоялась Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы в работе участковых медицинских сестер поликлиник, фельдшеров ФАПов, цеховых врачебных и педиатрических участков». Организаторами данного мероприятия выступили профессиональная ассоциация, Департамент охраны здоровья населения КО и кемеровский областной медицинский колледж. Делегатами конференции стали более 400 человек.

С приветственным словом выступил начальник Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области Валерий Константинович Цой. Также было заслушано много интересных сообщений, познавательными и интересными были постерные доклады, мастер-классы, обучающие фильмы. Профессионально подобранный раздаточный материал на электронных носителях был предоставлен каждому участнику конференции. Далее вопросы первичного здравоохранения обсуждали нетрадиционно – работа была организована по профильным секциям: фельдшеров ФАПов, участковых медицинских сестер поликлиник, цеховых врачебных участков, участковых медицинских сестер педиатрических участков. Работа секций прошла очень плодотворно, благодаря грамотному выбору тем. Во время обсуждения докладов активное участие принимали, как докладчики, так и слушатели. Обсуждали каждый момент!

Все участники конференции остались довольны проведенной плодотворной работой. Новая профессиональная информация, обмен мнениями, практические рекомендации являются бесценным опытом в копилке знаний для практикующих медицинских сестер, фельдшеров. Каждое подобное мероприятие дает возможность медицинскому работнику совершенствовать свою работу.



Поиск научных данных в процессе внедрения доказательной практики

- **Мария Дрийвер,**
д-р философии
- **Джанет Ларсон,**
д-р философии
- **Барбара Мандлеко,**
д-р философии
- **Светлана Лапик,**
д.м.н., декан факультета ВСО,
ТюмГМУ

Предыдущая статья научной рубрики «Вестник РАМС» № 4/2011) была посвящена доказательной практике. В частности, мы обсудили определение доказательной практики, этапы ее внедрения, подробнее остановились на самом первом этапе – постановке вопроса в формате PICO (ПВСИ) для эффективного поиска научных данных, отметив, что заниматься доказательной практикой целесообразно в команде единомышленников. Основываясь на открытой для обсуждения теме, в данной статье мы рассмотрим второй шаг в осуществлении доказательной практики, а именно поиск необходимых научных данных в опубликованной литературе.

Вопрос для поиска научной литературы

Возникновение вопросов по совершенствованию сестринской практики создает основу для формулировки более конкретных вопросов – уже для поиска научной литературы по интересующей специалиста теме. Напомним, что в центре внимания доказательной практики стоят задачи повышения эффективности сестринской помощи, объективного подтверждения целесообразности тех или иных сестринских вмешательств. Как ранее нами было установлено, доказательная практика начинается с постановки вопроса, а наиболее распространенным методом его формулировки является формат PICO (ПВСИ). После того как вопрос сформулирован, его следует преобразовать в формат поискового запроса (именно этот запрос будет использоваться для поиска информации в электрон-

ных каталогах, базах данных и поисковых системах). Для преобразования вопроса ПВСИ в поисковый запрос нужно не только понять, что означает каждый элемент вопроса, но и как он сработает в процессе поиска.

Например, «П» в аббревиатуре ПВСИ означает категорию пациентов, которая нас интересует. Если в нашем вопросе речь идет о пациентах с онкологическими заболеваниями или с сердечной патологией, то определение специфики пациентов сработает в качестве сита – результатом поиска станут те опубликованные исследования, где выборку составила именно заданная категория пациентов.

«В» означает Вмешательство; в поисковом запросе его необходимо четко определить – в запросе должны найти отражение основные элементы вмешательства. Например, если вмешательство связано с обучением пациента, а конкретнее с подготовкой пациента к выписке, именно так и стоит сформулировать поисковый запрос: обучение пациента при выписке или инструктаж пациента при выписке. Данная фраза станет ключевым термином для отбора литературных источников по виду вмешательства.

«С» означает Сравнение; обычно требуется сравнить новый вид вмешательства или новую ситуацию со стандартной, например, с традиционным видом вмешательства или с ситуацией, в которой отсутствуют определенные симптомы, например, отсутствует боль. При постановке некоторых вопросов сравнение может и не потребоваться.

И, наконец, «И» означает интересующий специалиста Исход. Поскольку вся исследовательская работа и работа по внедрению доказательной практики направлена на улучшение показателей выздоровления пациентов, в поисковом запросе определяется желаемый исход лечения пациента. Например, таким желательным исходом может стать снижение

эпизодов или интенсивности боли у пациентов.

Вскоре после возникновения формата ПВСИ для поиска научных источников, его формат трансформировался в ПВСИВ, где В – это время, т. е. длительность той или иной ситуации, вмешательства (Мельник, 2012). Этот элемент поискового запроса имеет особое значение для тех вопросов доказательной практики, где вмешательство соотносится с периодом болезни, проявления симптомов, длительностью госпитализации.

Конструирование вопроса в формате ПВСИВ

Попробуем сконструировать вопрос в формате ПВСИВ на конкретном примере.

Представим себе медицинскую сестру отделения интенсивной терапии (далее ОРИТ), которая участвует в работе профессионального комитета*. Задача комитета в данный момент – усовершенствовать систему взаимодействия с родственниками пациентов ОРИТ. Членам комитета предстоит найти наилучшие доступные научные данные, которые позволят сформировать среду, отвечающую потребностям родственников пациентов ОРИТ. Попробуем эту достаточно широкую и объемную задачу сформулировать в виде вопроса ПВСИВ, определив для начала ключевые компоненты этого вопроса, а затем объединив их в едином формате ПВСИВ.

П – Члены семьи (пациентов).

В – Пациенты в критическом состоянии (ситуация).

С – Текущая практика ОРИТ по работе с родственниками.

И – Потребности (родственников).

В – Длительность пребывания в ОРИТ.

Совместим эти элементы в вопросе ПВСИВ

Как члены семей (Пациентов), госпитализированных в ОРИТ (Вмешательство/ситуация) воспринимают свои потребности (Исход) в период

госпитализации (Время) в сравнении с текущей практикой поддержки в ОРИТ (Сравнение).

Определив практический вопрос и сформулировав его в формате ПВСИВ, в нем необходимо выделить ключевые поисковые термины для начала поиска литературы, иными словами, преобразовать вопрос в поисковый запрос или запросы, поскольку иногда целесообразно использовать несколько формулировок для получения наиболее оптимального результата поиска.

Консультация со специалистом по поиску литературы в библиотеке

Поставленную задачу вы можете решить самостоятельно, в рамках вашего коллектива/профессионального комитета, а также – прибегнув к помощи специалиста по подбору научной литературы в библиотеке.

Такие специалисты являются экспертами в использовании поисковых систем и баз данных. Они помогут оптимизировать качество поиска научной литературы, подсказав вам, какими базами данных следует воспользоваться, каким образом в каждой из баз данных использовать для поиска ключевые термины.

Стратегии поиска литературы: выбор баз данных для поиска.

В России исследовательская работа медицинских сестер пока носит ограниченный характер, исследования, за редким исключением, направлены на рассмотрение вопросов организации и управления сестринским делом, клиническая проблематика затрагивается редко. Тем не менее, приступая к поиску научной информации по вашему вопросу, первым делом следует изучить все доступные российские источники, обращая внимание на публикации как сестринских, так и врачебных исследований по вашей теме.

Полезными для поиска могут стать Научная электронная библиотека диссертаций и ав-

торефератов www.dissercat.com, электронная библиотека научных публикаций eLIBRARY – www.elibrary.ru.

Для поиска научной информации можно воспользоваться поисковой системой Google Академия (российский аналог системы Google Scholar), специально созданной для оптимизации поиска научных публикаций. Существенной разницей между поисковыми системами на русском и английском языках станет объем доступных литературных источников. Попробовав осуществить поиск с помощью приведенных в этой статье примеров, либо на основе собственного практического вопроса, вы сможете в этом убедиться.

Кроме того, можно обратиться к множеству других информационных ресурсов, среди которых специализированные научные медицинские издания, рецензируемые ВАК. По состоянию на 2012 год, ни одно из сестринских периодических изданий в Перечне ВАК* не зарегистрировано.

Вслед за поиском данных в научных публикациях на русском языке, стоит провести поиск в англоязычных изданиях и базах данных. Рекомендованными базами являются Pub Med и Google Scholar, где собраны целые массивы научных публикаций, значительное число которых находится в открытом доступе.

Google Scholar — <http://scholar.google.com/>

Google это глобальная и широко известная поисковая система. Google Scholar – компонент данной поисковой системы, который дает возможность вести поиск научных публикаций во всех областях знаний и в разных источниках: статьях, диссертациях, книгах, судебных решениях, публикациях академий и профессиональных организаций, университетов и различных научных сайтов, в электронных библиотеках (Харпер, 2012).

С помощью Google Scholar легко провести быстрый поиск научной литературы, особенно в междисциплинарных областях. Google Scholar также позволяет определить ключевые публикации в определенной области.

Существуют определенные приемы, помогающие оптимизировать поиск литературы в Google Scholar (Харпер, 2012).

Среди них:

- Использование в поисковом запросе терминов, максимально отражающих суть вопроса;
- Использование в поисковом запросе таких терминов, которые с высокой долей вероятности применяются в заголовках статей;
- Сокращение числа терминов в поисковом запросе (каждый использованный термин – основание для включения в поиск статей, где этот термин присутствует).

Выйти на базу данных Google Scholar очень легко – нужно только ввести название базы данных в строку поиска Вашего браузера. Далее Вам предстоит воспользоваться рекомендациями о формулировке вопроса в формате ПДСИВ, о создании поискового запроса, выполняя при этом все действия на английском языке. Это дополнительный аргумент в пользу того, чтобы научный поиск осуществлялся Вами не в одиночку, а группой специалистов. В клинике, особенно крупной, всегда найдется медицинская сестра или врач, владеющие языком и готовые прийти Вам на помощь. Обнаружив необходимые статьи, вы можете сделать их автоматический перевод программой Google переводчик или Промт, и вновь обратиться к англоговорящим коллегам с просьбой откорректировать окончательный текст.

Пример поиска литературы в Google Scholar

Для начала введем сформулированный в ранее приведенном примере поисковый запрос в поле для поиска литературы в Google Scholar – *потребности членов семьи в период госпитализации их родственника (family members needs during hospitalization of a relative)*. При этом мы можем воспользоваться дополнительными опциями поисковика, чтобы ограничить результаты поиска, например, ввести ограничение по возрасту публикаций, выбрав период с 2006 по 2012 гг. в специальном разделе (articles published between). Далее выбираем области знаний, в которых следует вести поиск – биологию, медицину и социальные науки (biology, medicine, social

sciences), информацию юридического характера искать мы не планируем, потому опция legal opinions/journals не для нас. Задав поиск, мы получаем 16 900 источников! Изучить все эти источники просто не представляется возможным, поэтому целесообразно внимательно просмотреть первые 2–3 страницы результатов поиска, чтобы понять, какого характера источники обнаружены, какова их давность, каковы основные темы публикаций, исходя из заголовков.

После краткого обзора повторим наш поиск, несколько изменив его условия. Сформулируем поисковый запрос таким образом: *потребности членов семьи в период госпитализации их родственника в отделение интенсивной терапии (family members needs during hospitalization of a relative in ICU)*. Иногда полезно в начале поиска задать более широкие рамки, чтобы понять, какие в принципе источники доступны по искомой теме. В нашем случае первый поиск дал немало ссылок на статьи, где речь шла о госпитализации в отделение интенсивной терапии, но множество ссылок касались госпитализации в другие отделения. Поэтому, введя в поисковый запрос отделение интенсивной терапии – ICU, – мы существенно сузили поиск и сконцентрировали его на той информации, которая важна в рамках нашего исследования. Итак, в результате второго поиска количество обнаруженных Google Scholar источников сократилось до 6250! Теперь снова потребуется просмотреть первые три страницы результатами поиска, чтобы понять, какого рода потребности членов семьи госпитализированных пациентов находятся в центре внимания исследователей, какого рода публикации обнаруживаются – статьи, обсуждения, результаты исследований. Просматривая результаты, мы сразу можем увидеть, какие источники предлагают бесплатные полнотекстовые статьи (Full text articles), чаще всего ссылка на такие источники имеет значок PDF файла. На этом этапе поиска также полезно проконсультроваться со специалистом библиотеки, который подскажет, ссылки на какие статьи в большей степени отвечают

задачам вашего поискового вопроса, на более тщательном изучении каких статей вам впоследствии следует сосредоточиться.

Pub Med – <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Pub Med – это поисковая система Национальной медицинской библиотеки США, использование которой позволит любому специалисту найти самые современные и всеобъемлющие источники научной информации по вопросам здравоохранения. Данная поисковая система доступна всем пользователям сети Интернет. Все результаты, обнаруживаемые в Pub Med, являются ссылками на журнальные статьи. В поисковой системе также предусмотрены опции для ограничения поиска.

Итак, попробуем повторить ранее выполненный поиск в этой системе. Введем в поисковое окно наш запрос: *потребности членов семьи в период госпитализации их родственника (family members needs during hospitalization of a relative)*.

Непосредственно под строкой поиска можно выбрать опцию ограничений – limits, где выбрать те, которые помогут в вашем поиске, например: только полнотекстовые статьи full text, результаты связанные как с мужчинами, так и с женщинами – male and female, журнальные статьи, Медлайн на английском – English MEDLINE, сестринские журналы – Nursing Journals, систематические обзоры – Systematic Reviews, возраст пациентов от 19 до 65, публикации за последние 10 лет. Результатом этого поиска стали 267 статей, из числа которых 36 являются полнотекстовыми статьями в бесплатном доступе, а также 9 систематических обзоров.

Среди обнаруженных статей большая часть касалась вопросов выписки пациентов или других тем, не связанных с периодом пребывания пациента в отделении интенсивной терапии. Поэтому, как и в случае с использованием поисковой системы Google Scholar, мы повторили поиск по более точному запросу: *потребности членов семьи в период госпитализации их родственника в отделение интенсивной терапии (family members needs during hospitalization of a relative in ICU)*.

Его результатом стали 43 статьи, из числа которых 5 оказались полнотекстовыми публикациями в бесплатном доступе и 2 систематических обзора, выполненные за последние 10 лет.

Краткий сравнительный анализ Google Scholar и Pub Med

При использовании этих систем применяются сходные принципы для поиска нужной информации. Тем не менее поскольку каждый поисковик использует собственный оригинальный алгоритм отбора информации в доступных источниках, целесообразно пользоваться как минимум несколькими системами поиска. Кроме того, даже если сформулированный вами вопрос в формате ПВСИВ руководит каждым поиском, всегда стоит отслеживать, как именно поисковая система воспринимает и реализует ваш поисковый запрос. На практике вы увидите, что результаты поиска в Google и Pub Med отличаются. В первом случае можно получить ссылки на самые разные материалы, во втором – только на те статьи, которые отражают результаты научных исследований. Кроме того, полезным свойством Pub Med является расположение результатов поиска в хронологическом порядке, что также бывает полезно при подборе источников научной информации.

Заключение

Итак, в рамках статьи нам удалось рассмотреть второй этап доказательной сестринской практики – поиск литературных источников с использованием вопроса, сформулированного в формате ПВСИВ. Эта задача была выполнена на примере использования двух поисковых систем – Google Scholar и Pub Med. Как мы отметили, при использовании обеих систем наибольший успех достигается при помощи дополнительного ограничения параметров поиска, возможности которого встроены в каждую систему. Выполняя поиск научной литературы, важно опираться на поддержку коллег, действовать командой и обращаться за помощью к специалистам научных библиотек, обладающих опытом работы с базами данных и поисковыми системами.

После того как научная литература по интересующему вас вопросу обнаружена, наступает следующий – третий этап внедрения доказательной практики, а именно критическая оценка публикаций, с которой читатели «Вестника» познакомятся в одном из следующих выпусков журнала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дрийвер М., Ларсон Дж., Мандлеко Б. Постановка вопросов: важный этап внедрения доказательной практики, Вестник РАМС № 4/2011, стр. 37–39.
2. Мельник В.М., Файнаут-Оверхолт Е. Доказательная практика в сестринском деле и здравоохранении: Руководство для образцовой практики, Филадельфия. Липпинкотт Уильямс и Уилкинс, 2005.
3. Харпер А. По ту сторону Google: Создание эффективных стратегий для проведения литературного поиска. Презентация в ходе конференции Консорциума сестринских исследований, Медицинский центр Харборвью, Сиэтл, Вашингтон, 30 января 2012.
4. Дрийвер М., Ларсон Дж., Мандлеко Б., Червина Н. Сестринское исследование: использование научных данных для совершенствования сестринской практики и повышения качества ухода, 2011

ПРИМЕЧАНИЯ:

* Профессиональный комитет в ЛПУ – местное подразделение Профессионального комитета региональной ассоциации, созданное для совместного решения задач по совершенствованию сестринской помощи. Может функционировать так же и как часть Совета сестер. Будучи связанным с профессиональным комитетом региональной ассоциации такой комитет может рассчитывать на поддержку в решении возникающих вопросов от ассоциации.

* Перечень ВАК – Перечень рецензируемых научных журналов и изданий Высшей аттестационной комиссии для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук, включивший в 2011 году 2179 периодических изданий по различным областям знаний http://vak.ed.gov.ru/ru/help_desk/list/.

НОВОСТИ КОРОТКОЙ СТРОКОЙ

РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

ЭСТАФЕТА РЕГИОНОВ – АРХАНГЕЛЬСК

■ Пазилова И.А.,

председатель первичной ячейки АМРАО,
медсестра МУЗ «Вельская ЦРБ»

6–7 декабря 2011 года в г. Вельске Архангельской области состоялась межрайонная Научно-практическая сестринская конференция «Пути совершенствования ПСМП: роль сестринского персонала», организованная Ассоциацией медицинских работников Архангельской области (АМРАО) при поддержке администрации МУЗ «Вельская ЦРБ». В мероприятии приняли участие 123 делегата из 5 районов области. Конференция такого масштаба впервые проводилась в южной столице Архангельской области. Открыла мероприятие вице-президент АМРАО Светлана Николаевна Паршева, подчеркнувшая его цель: показать значимость сестринского персонала в оказании ПМСП населению, выявить имеющиеся трудности и найти пути совершенствования сестринского труда.

На конференции прозвучали интересные выступления по различным темам: роль сестринского персонала в оказании помощи подросткам, оснащение и качество работы бригад скорой медицинской помощи, сестринская работа по профилактике хронических заболеваний, «ведению» пациентов с уже имеющейся хронической патологией. Познавательным опытом работы по профилактике распространения ВИЧ-инфекции и наркомании среди молодежи поделились представители волонтерского движения.

«Я люблю и ценю свою профессию. Конференция показала мне, какой должна быть в современном мире медицинская сестра, насколько широки и разносторонни должны быть ее знания и умения. Для себя отметила ориентиры в профессиональной жизни и тот уровень, к которому я должна стремиться. И еще, теперь для меня АМРАО – не просто аббревиатура какого-то абстрактного сообщества, пусть даже коллег, а это замечательные люди, живущие насыщенной, интересной жизнью, готовые всегда поделиться своим опытом и своими достижениями», – такими отзывами обменивались участники конференции по ее завершении.



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ЦСО: опыт Ленинградской областной клинической больницы



■ **Алексеева Л.И.,**
госпитальный эпидемиолог, ГБУЗ ЛОКБ



■ **Карпов О.В.,**
заведующий ЦСО, ГБУЗ ЛОКБ

Значительный рост внутрибольничной инфекции свидетельствует о нарушениях в стерилизации медицинского инструментария.

Рост объема медицинской помощи с использованием стерильного медицинского инструментария на фоне увеличения инфекционной заболеваемости, в том числе СПИДом, гепатитом В и С, выводит вопрос об обеспечении надежной стерилизации на уровень особой важности; при этом надо отметить, что все более широкое использование разового инструментария проблему не решает.

Классическая форма организации работ в центральных стерилизационных отделениях (ЦСО), сложившаяся на сегодняшний день, недостаточно эффективна для реализации потенциальных возможностей централизованной стерилизации.

Для совершенствования организации работы ЦСО должен быть реализован системный подход, предусматривающий:

- принципиальное изменение организации работ на основе бригадного подряда;



- нормирование трудозатрат при выполнении любых работ в ЦСО;
- усиление контрольно-методических функций службы стерилизации;
- жесткую регламентацию всех работ по стерилизации;
- коллективную и персональную ответственность за качество и полноту выполнения работ;
- индивидуальную материальную ответственность за сохранность инструментов и материалов.

Заложенные принципы дают возможность:

- использовать нереализованные ранее потенциальные возможности ЦСО;
- организовать на современном уровне обеспечение структурных подразделений лечебных учреждений стерильными материалами, инструментами;
- повысить надежность стерилизации при эксплуатации любого стерилизационного оборудования (не только современного, но и морально и физически устаревшего).

Преимущества системного подхода

Системный подход позволяет организовать выполнение лечебно-диагностических манипуляций (независимо от их объема и сложности) с применением индивидуального для каждого больного инструмента или набора ин-

струментов и перевязочных материалов.

Состав наборов может быть персонализирован для каждого врача, медсестры в зависимости от их пожеланий. Использование таких наборов исключает промежуточные подготовительные манипуляции со стерильными изделиями, что снижает опасность их контаминации, сокращает время подготовки к процедурам и создает максимальные удобства при работе с ними.

Задачи и функции ЦСО при организации работ при системном подходе существенно расширяются в связи с приданием им роли организационно-методического центра лечебно-профилактического учреждения по вопросам стерилизации, асептики и антисептики.

Основная цель при этом состоит в упорядочении и регламентации разрозненных в различных подразделениях учреждения работ по подготовке инструментария, операционного белья, перевязочных материалов и потоков их движения в единой для учреждения «сквозной» технологии. В новой роли ЦСО совместно со структурными подразделениями внедряют современную технику асептического обслуживания больного, максимально используя возможности централизованной стерилизации, зачастую меняя сложившиеся методики выполнения лечебно-диагностических вмешательств.

Разрабатывая спецификацию комплекта технологического оборудования для организации централизованной стерилизации, отвечающей современным требованиям, следует исходить из того, чтобы создать современные условия для осуществления работ по стерилизации всех изделий, необходимых для обеспечения лечебно-диагностической работы, в частности:

- механизировать трудоемкие процессы при работе с медицинским инструментарием;
- снизить риск профессиональных инфекционных заболеваний среди обслуживающего персонала;
- снизить риск аллергии персонала за счет сокращения использования дезинфекционных средств;
- оздоровить гигиенические условия при работе с инструментами;
- уменьшить амортизацию, износ и коррозию инструментария;
- сократить затраты на химическую дезинфекцию инструментария.

Как известно, до недавнего времени технология современной централизованной стерилизации предполагала проведение части работ (первичная очистка и дезинфекция) с инструментарием непосредственно в лечебно-диагностических кабинетах. Изменения, внесенные СанПиН 2.1.3.2630-10, делают возможным проведение всего комплекса работ в разрезе современного подхода в ЦСО. Что предполагает в будущем организацию «грязной» зоны ЦСО.

Используя компактное технологическое оборудование и новые подходы в

стерилизации, учитывающие возрастающие требования к ним, на площадях, отведенных под ЦСО, организованы две зоны – «нестерильная» и «стерильная». При этом в зоне ЦСО полностью исключается пересечение потоков нестерильных, условно «загрязненных» и стерильных материалов.

Барьером между «нестерильной» и «стерильной» зонами является проходное стерилизационное оборудование (паровые стерилизаторы).

Функциональная связь между зонами осуществляется через специально оборудованный шлюз.

Предстерилизационная очистка инструментария в ГБУЗ ЛОКБ проводится преимущественно в четырех моечно-дезинфекционных машинах проходного типа, укомплектованных оснасткой для очистки инструментария, игл специального назначения, зондов, катетеров, лотков почкообразных, жестких эндоскопов, съемных частей анестезиологического оборудования. Комплектация моечно-дезинфекционных машин определена с учетом номенклатуры инструментария, используемого в ЛОКБ. Кроме наличия шести предварительно встроенных программ, моечно-дезинфекционные машины, снабженные блоком микропроцессорного управления, имеют возможность программирования по желанию конечного пользователя (до 65 программ), что позволяет охватить весь спектр ин-

**СанПиН
2.1.3.2630-10
дает возможность
проводить весь
комплекс работ
с инструментарием
в ЦСО.**

струментов, применяемых в ГБУЗ ЛОКБ.

Такая технология, повышая уровень асептического обслуживания больных, позволяет уменьшить расход стерилизационных упаковочных материалов.

Закрепление инструментария за структурными подразделениями обеспечивает бережное отношение к нему. Резко снижаются трудозатраты на этапах складирования, выдачи, доставки, облегчая труд персонала. Автоматическая маркировка дат стерилизации, годности и кода сотрудника облегчает правильное использование стерильных изделий медицинским персоналом и закрепляет персональную ответственность за качество работ по стерилизации.

Основная часть изделий стерилизуется в паровых стерилизаторах проходного типа. Эта модель снабжена встроенным парогенератором, блоком микропроцессорного управления, имеет автоматические двери и систему блокировок. Стерилизатор имеет четыре заранее встроенных программы для различных режимов работы стерилизатора, включая стандартные режимы стерилизации, вакуумное фракционирование и возможность перепрограммирования для специфических изделий. Возможно подключение стерилизаторов к компьютерной сети.

Для значительного увеличения срока работы парогенераторов стерилизаторов в качестве питающей воды используется вода умягченная, которая подается из системы водоподготовки, входящей в состав подразделения.

Разумеется, при такой организации работы ЦСО значительно уменьшается риск распространения внутрибольничной инфекции. В принципе эффективная система стерилизации и дезинфекции зависит не только от современного оборудования. Важно грамотное планирование, разработка и внедрение законченных систем, позволяющих обеспечивать наиболее эффективное использование больничных ресурсов и осуществлять надежный контроль над распространением внутрибольничных инфекций. А это еще один из этапов организации работы, который нам предстоит проработать.



«Кузбасс – территория добра»

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ АКЦИЯ ПРОШЛА С УЧАСТИЕМ ЗНАМЕНИТЫХ ГОСТЕЙ

Накануне нового 2012 года в Кузбассе подвели итоги масштабной акции «Кузбасс – территория добра», которая проходила в регионе по инициативе Губернатора Кемеровской области Амана Гумировича Тулеева.

В рамках акции прошел благотворительный концерт, на котором выступили более десятка звезд российского и мирового уровня, которые не остаются равнодушными к бедам больных детей. Все средства, вырученные с продажи билетов, были перечислены на оплату дорогостоящих операций, реабилитационные мероприятия, приобретение медикаментов для ребятишек, особо нуждающихся в помощи.

Среди участников благотворительного концерта была одна из самых красивых женщин мирового кинематографа – Софи Лорен. Перед концертом она посетила Кузбасский кардиологический центр.

В кардиоцентре мировая знаменитость навестила маленьких пациентов – тех, кого уже прооперировали, и нуждающихся в дорогостоящем лечении. Всем ребятишкам Софи Лорен желала скорейшего выздоровления, а их родителям – несокрушимой надежды.

Звезду также познакомили с диагностической базой и реанимационной служ-



бой кардиоцентра. По пути следования Лорен из кабинетов и палат выходили сотрудники кардиоцентра, чтобы хоть одним взглядом взглянуть на заграничную гостью. Мама и папы с ребятишками на руках ждали ее в коридоре.

Итальянская актриса с удовольствием раздавала автографы и фотографировалась со всеми желающими, щедро дарила позитивную энергию, бодрость духа.

После всех официальных мероприятий состоялась дружественная встреча Софи Лорен и Амана Тулеева, где звезда подарила на па-

мять губернатору свою сумочку, оставив на ней автограф. На благотворительном аукционе дамская сумка была продана за 7 млн рублей. Вырученные деньги также предназначены для проведения дорогостоящих операций для кузбасских ребятишек.

На средства, вырученные с благотворительного концерта с участием Софи Лорен, удалось оказать помощь 224 больным детям.

Всего за время проведения акция «Кузбасс – территория добра» помощь получили 349 больных ребятишек буквально из всех уголков области. Кроме средств, вырученных от благотворительных концер-

тов, аукционов, на специальный счет фонда «Спасение» для оказания помощи больным детям деньги приходили от сотрудников администрации Кемеровской области, администраций городов, промышленных предприятий, муниципальных учреждений. Участвовали в акции и рядовые кузбассовцы.

Постскриптум: Кемеровская область заняла 9 место в рейтинге регионов Российской Федерации по комплексной оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти. Как и в предыдущие три года, регионы, которые показали наилучший результат своей работы, получают гранты. Так, размер гранта Кемеровской области составит 67 миллионов рублей. Аман Тулеев принял решение: деньги направлять на помощь больным детям.

67 миллионов рублей – таков размер гранта Правительства РФ для Кемеровской области, который по решению губернатора региона будет направлен на помощь больным детям.

ВАША МОЛОДОСТЬ В ВАШИХ РУКАХ

РОЛЬ ПРАВИЛЬНЫХ ПРИВЫЧЕК

Признайтесь, сколько вам на самом деле лет?

Ага, вы задумались, и правильно, ведь после тридцати у женщины вообще не принято спрашивать о возрасте. Скажите, сколько раз вы замечали, что ваши подруги по школе, по училищу, институту, по вашей работе отличаются друг от друга внешне в плане возраста? Но вы-то знаете, что все они ровесницы. И вот мы подходим к понятию «биологический, или истинный возраст», то есть возраст изношенности организма, – у каждого человека этот возраст разный, – а не возраст по паспорту или свидетельству о рождении (т. е. хронологический).

Согласно профессору Майклу Ройзену, образ жизни, который мы ведем, играет значительную роль в механизмах старения нашего организма. Если ваша подруга в сорок выглядит как в двадцать, это означает, что она ведет исключительно здоровый образ жизни.

Но в принципе нет ничего невозможного, и вы можете уже сейчас начать свою борьбу за молодость и долголетие, для этого стоит лишь прислушаться к мнению опытного специалиста. Итак, **ВОТ ЭТИ СОВЕТЫ.**

- Регулярное употребление в пищу томатов (соусы, жареные томаты) позволяет мужчинам сбросить от имеющегося 1,9 лет, женщинам – 0,8 лет;
- Употребление одной таблетки аспирина ежедневно (после еды, запивая стаканом воды, и только по рекомендации врача) помогает сбросить 2,2 года;
- Тридцатиминутные ежедневные прогулки на свежем воздухе позволяют сбросить 1,6 лет;
- Силовые нагрузки по 30 минут в неделю помогают сбросить до 1,7 лет;
- Шоколад в небольших количествах ежедневно очень полезен и позволяет удлинить жизнь на 1,3 года;

- Употребление в пищу только хороших жиров помогает прибавить до 3,4 лет жизни;
- Поедание пяти различных фруктов ежедневно помогает добавить 1,4 лет жизни;
- Поедание одной унции (1 г = 0,0353 унции) любых орехов в день позволяет удлинить жизнь на 3 года;
- Употребление вареной, тушеной рыбы или рыбы, приготовленной на пару, помогает продлить жизнь на 3 года;
- Употребление в пищу сбалансированных витаминов помогает сбросить 3,3 года;
- Смех значительно удлиняет жизнь. от 1,7 до 8 лет;
- Прием фолиевой кислоты в составе витаминов или отдельно в пищевых добавках добавляет 1,2 года жизни;
- Ежедневный прием витамина B6 – это еще 0,4 года жизни;
- Кальций и богатая кальцием пища – это еще 0,5 лет жизни;
- Содержание полости рта в порядке и визиты к стоматологу каждые 6 месяцев – это еще 6,4 года дополнительно;
- Завтрак ежедневно – 1,1 год жизни дополнительно;
- Мытье рук и хорошая обработка пищи – 0,4 года жизни;
- Качественный, здоровый сон – 7 часов для женщин, 8 часов для мужчин. От 3 до 12 лет жизни дополнительно;

«Хорошие привычки помогут вам сохранить молодость, если же вы возьмете на вооружение все приведенные советы, то у вас есть все шансы побить мировые рекорды долголетия».

- Сильный стресс очень вреден. Три катастрофических стрессовых ситуации в жизни способны сократить жизнь на 32 года;
- Поддержание нормального веса (для женщин идеальным считается вес, который у них был в 18 лет, для мужчин идеален вес 21 года) – 6 лет жизни;
- Употребление алкоголя в небольших дозах ежедневно (конечно, если у вас нет к нему склонности) удлиняет жизнь на 1,9 лет.

Итак, доктор Майкл Ройзен рекомендует немедленно начать замедлять ход ваших биологических часов, выбрав из представленного списка как минимум пять советов общей суммой на 5–8 лет дополнительной жизни.

С чего начать? С самого простого. Это: 1. завтрак; 2. ежедневные прогулки; 3. поедание томатов; 4. здоровый сон и 5. смех.

Доктор Ройзен считает, что эффект от соблюдения этих пяти правил будет заметен уже через полгода. Если же взять на вооружение все правила, то значительное омоложение можно почувствовать уже года через 2–3, жизнь же удлинится на 15–17 лет соответственно.



ЭЛИКСИН – оптимальный препарат для лечения кожных покровов и профилактики пролежней

По данным английских авторов, в медико-профилактических учреждениях пролежни образуются у 15–20% пациентов. Оценочная стоимость лечения пролежней у одного пациента составляет от 5000 до 40 000 долларов США.

Помимо экономических (прямых медицинских и немедицинских) затрат, связанных с лечением пролежней, нужно учитывать и нематериальные затраты: тяжелые физические и моральные страдания, испытываемые пациентом.

Возникновение пролежней у пациентов, прикованных к постели, является одной из актуальных проблем, с которой сталкиваются в работе врачи и медицинские сестры.

Таким образом, профилактика пролежней позволит не только снизить финансовые расходы на лечение пролежней, но и повысить уровень качества жизни пациента.

До появления специально разработанного препарата **Эликсин** на российском фармацевтическом рынке практически отсутствовали лекарственные средства, использование которых позволило бы значительно улучшить качество жизни лежащих больных и облегчить уход за такими пациентами.

Эликсин – эффективный препарат с высокой степенью безопасности. Клиническая эффективность Эликсина обусловлена содержанием в его составе уни-

кальных лекарственных компонентов, разнонаправленно воздействующих на патогенез образования пролежней.

Календула за счет разнообразия биологически активных веществ (каротиноидов, флавоноидов и органических кислот) активизирует процессы регенерации кожи, обладает выраженным противовоспалительным и ранозаживляющим действием.

Активные компоненты **экстракта эхинацеи** – производные цикориевой кислоты, алкиламиды и полисахариды – ингибируют бактериальную гиалуронидазу и

стимулируют фагоцитарную активность лейкоцитов, а гликопротеиды усиливают продукцию эндогенного интерферона.

Салициловая кислота усиливает противовоспалительное и антисептическое действие препарата. Эликсин доказал свою высокую антимикробную и противогрибковую активность.

Этиловый спирт входящий в состав препарата, оказывает подсушивающее и дубящее действие на мацерирующие участки кожи.

Пропиленгликоль эффективно предохраняет кожу от чрезмерной сухо-

сти, вызываемой использованием спирта.

Эликсин рекомендовано применять только в тех случаях, когда целостность кожного покрова не нарушена. Для профилактики пролежней необходимо обрабатывать проблемные участки кожи 2–3 раза в день с помощью ватно-марлевого тампона, пропитанного раствором Эликсина в течение 14 дней. При необходимости, курсы можно повторять с интервалами 2–4 недели.

Высокая эффективность Эликсина подтверждена данными клинических исследований, которые были проведены в ведущих стационарах нашей страны более чем на 300 пациентах с различными заболеваниями, в том числе после перенесенных операций, травм, ожогов, отморожений и инсультов. Результаты исследований Эликсина продемонстрировали его 100% эффективность в лечении и профилактике легких степеней пролежней и опрелостей.

В клинических испытаниях ни у одного пациента не было отмечено негативных реакций организма на препарат Эликсин.

Сочетание наилучшей клинической эффективности, благоприятного профиля безопасности, низкой стоимости профилактики и лечения пролежней по сравнению с альтернативными методами лечения, делает Эликсин препаратом выбора для ухода за больными в условиях стационара и на дому.

ЭЛИКСИН
ЛЕЧЕБНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ
НА КОЖУ

уникальное лекарственное средство для профилактики и лечения пролежней

- высокая доказанная лечебно-профилактическая эффективность;
- удобство применения, препарат выбора как в условиях стационара, так и на дому;
- отсутствие побочных эффектов;
- оптимальное соотношение цены и качества;

Информация для ЛПУ:
вы можете запросить бесплатные образцы
препарата Эликсин
на сайте:

www.eliksin.ru

ДОЛЖНОСТЬ «ПО ЗНАКОМСТВУ»

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРАКТИКИ ТРУДОУСТРОЙСТВА



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

Ситуация

Компетентная медсестра Х., имеющая высшую квалификационную категорию, работает в хирургическом отделении. В процессе работы у нее складываются близкие отношения с заведующим отделением. Через определенное время старшая медсестра хирургического отделения уходит из больницы, ее должность становится вакантной. Заведующий отделением вносит рекомендацию о том, чтобы должность старшей медсестры заняла медицинская сестра Х.

Вопрос:

Этичен ли поступок заведующего отделением – рекомендация медицинской сестры Х. на должность старшей – с учетом близких отношений с этой медсестрой?

Анализ:

Многие люди убеждены, что «предпочтительное трудоустройство» или трудоустройство «по знакомству» является очевидным нарушением принципа Справедливости. Согласно, есть обстоятельство, в которых такое мнение абсолютно оправдано. Тем не менее не вполне корректно распространять этот взгляд на каждую конкретную ситуацию.

Первое и самое важное обстоятельство, которое следует принять во внимание при найме на работу любого лица, это требования к квалификации специалиста, работающего в данной должности, и наличие искомой квалификации у претендента на должность.

Таким образом, ключевую мысль, позволяющую нам оценить, достоин ли человек трудоустройства на конкретную должность, можно сформулировать следующим образом: лицо, претендующее на должность, которая требует наличия определенных специальных знаний и навыков (а именно так обстоят дела с должностью старшей медицинской сестры), должно быть трудо-

устроено на эту должность главным образом благодаря наличию искомых знаний и навыков, а не с учетом каких-либо иных критериев, включая дружеские отношения, пол, национальность, цвет кожи и т. п.

Нередко возникает ситуация, при которой на одну должность претендует сразу несколько человек, обладающих одинаковой квалификацией, а руководитель, принимающий решение, предоставляет работу женщине или мужчине из числа всех претендентов только на том основании, что это женщина или что это мужчина.

Многие здесь могут воскликнуть: «В таких ситуациях нет ничего противоправного, главное, чтобы менее квалифицированному работнику не было отдано предпочтение перед более квалифицированным». «Главное, чтобы не возникло отказа от кандидатуры мужчины в пользу кандидатуры женщины без анализа его квалификации», дополняют другие. И здесь все будет правы, поскольку данные примеры демонстрируют нарушение принципа Справедливости в процессе трудоустройства. Отчасти такие нарушения уходят корнями в историю, когда женщины (либо представители определенной расы, религии, национальности) ущемлялись в своих правах, и предпочтительное трудоустройство именно женщин (или других категорий граждан) становится отголоском истории социальной несправедливости, попыткой компенсировать дискриминационную политику прошлого. Но принцип Справедливости при трудоустройстве все же не предусматривает особого отношения к разным категориям населения, поскольку предпочтение, направленные в сторону слабой или

ранее ущемленной группы, могут автоматически привести к формированию новых групп, права которых будут нарушены.

Итак, все аргументы, приведенные в процессе обсуждения вопросов трудоустройства на работу до настоящего момента, сводились к анализу профессиональной квалификации претендента. Тем не менее существуют иные качества, лежащие за пределами профессиональной квалификации специалиста. Например, среди таких важных для найма сотрудника качеств можно назвать неприветливость и конфликтность – аргументы против найма специалиста. Человек может быть высоким профессионалом в своей узкой области, но не иметь знаний в более широком измерении. Или, например, претендент на должность может быть неряшливым. Только представьте себе, что может стать с медицинской документацией, какие последствия неряшливость может иметь для пациентов? Следовательно, такие черты личности, черты характера претендента должны стать аргументами против его трудоустройства.

Позвольте теперь вернуться к анализируемой ситуации, этично ли заведующему отделением рекомендовать свою подругу, медицинскую сестру Х. на должность старшей медсестры?

Согласно имеющимся данным, медицинская сестра Х. профессиональна и компе-



тентна, обладает высшей квалификационной категорией. Итак, с точки зрения требований к квалификации работника, претензий нет. Также очевидно, что она работает в отделении некий период времени, за который продемонстрировала себя в качестве хорошего специалиста, иначе, она давно была бы уволена. Далее, она знакома со спецификой работы этого отделения, с теми требованиями, которые предъявляются здесь к сестринскому персоналу. Таким образом, можно сделать однозначный вывод о том, что ничего противоречащего этике, принципу справедливости, в рекомендации заведующего отделением не было.

Кроме того, нигде не было сказано, что решение о приеме на работу принимается именно заведующим отделением, он только лишь вносит рекомендацию. Мы не знаем, была ли в итоге данная медицинская сестра принята на вакантную должность, и не знаем, каким образом принималось фактическое решение о приеме специалиста на эту должность.

К сожалению, Ассоциация нередко получает сведения о ситуациях иного характера, слишком очевидных для того, чтобы проводить их глубокий этический анализ. Ежегодно десятки, если не сотни образованных и квалифицированных руководителей сестринского дела, имеющих в том числе и высшее образование по специальности, лишаются своей работы без каких-либо веских на то оснований. Так уж у нас заведено – каждый новый руководитель учреждения хочет видеть по правую сторону человека «своей команды».

Тем не менее Ассоциация убеждена – даже если этот новоиспеченный руководитель достоин высокой должности, это еще не основание для смены главной или старшей сестры с образованием, опытом, энергией, некогда создавшей коллектив и наладившей его эффективную работу. Ассоциация не имеет рычагов воздействия на решения руководителей ЛПО, но каждая профессиональная ассоциация способна формировать общественное мнение в коллективах. Ситуации «добровольно-принудительной» смены квалифицированных руководителей сестринских служб, должны уйти в прошлое! Ассоциация выступает за открытый и прозрачный процесс замещения руководящих должностей в отрасли на конкурсной основе, где определяющую роль должны играть не факторы знакомства и личных отношений с руководством ЛПО, а объективные характеристики кандидата.

НОВАЯ СИСТЕМА ОПЛАТЫ ТРУДА: «ТВОР

ВОПРОС:

Здравствуйте! Я – медицинская сестра стерилизационной – прошу помочь с решением вопроса с окладами медицинских сестер нашей службы. По старой тарификации медицинские сестры нашей службы с 1-й квалификационной категорией имели должностной оклад 5757 рублей, а медицинский дезинфектор 5 разряда (без медицинского образования) – 3912 руб.

При новой системе оплаты труда оклад медицинской сестры соответствует самому низкому уровню (1 уровень). Оклады медицинской сестры стерилизационной и мед. дезинфектора сравнялись – 7700 руб.

Стерилизационная работает по 720 приказу, как отделения хирургического профиля и опер. блок.

До введения новой системы оплаты труда я работала в должности старшей медицинской сестры службы стерилизации и дезинфекции.

После введения новой системы оплаты труда должность старшей медицинской сестры в тарификации не была предусмотрена. Меня перевели на должность медсестры стерилизационной службы стерилизации и дезинфекции с окладом медицинской сестры 1 уровня (оклад старших медсестер соответствует 5 уровню), с материальной ответственностью и с выполнением тех же обязанностей, что и ранее, и стимулирующей доплатой – 800 руб.

Должность	Старая тарификация	Новая тарификация
Старшая медсестра 1 категории	6315 руб.	7700 + 800 руб.
Медсестра 1 категория	5757 руб.	7700 руб.
Медицинский дезинфектор (без медицинского образования)	3912 руб.	7700 руб.

Наша служба состоит из стерилизационной, дезкамеры и прачечной.

Штатное расписание:

Должность	Кол-во ставок
Медицинская сестра	7
Санитарка	1
Санитарка для приготовления анолита	2

Должность	Кол-во ставок
Мед. дезинфектор (для проведения дезкамерной обработки белья и постельных принадлежностей, дезинфекции помещений)	3
Дезинфектор (для дезинфекции белья, с последующей транспортировкой в городскую прачечную)	2
Итого:	15 ставок

Наличие оборудования:

Наименование	Кол-во
Паровые стерилизаторы (аппараты под давлением)	7
Воздушные стерилизаторы	5
Аквадистилляторы	4
Установки СТЭЛ	3
Итого:	19 ед.

Помещение дезкамеры и прачечной находится в соседнем здании.

В стерилизационной мы проводим стерилизацию инструментов и материала стационара, поликлинической службы, д/садов, школ города, ФАПов, отделения «Областной станции переливания крови», отделения гемодиализа Областной клинической больницы.

Выполняем нагрузку за 1 год:

Стерилизация материала	160 000 упаковок
Стерилизация белья	4000 биксов
Стерилизация инструментов	121 000 упаковок
Приготовление анолита	160 000 литров
Дезинфекция комплектов постельных принадлежностей	9000 комплектов
Дезинфекция комплектов белья больных	780 комплектов
Дезинфекция помещений	350 палат

Прошу рассмотреть и ходатайствовать перед Комитетом здравоохранения, Министерством здравоохранения о применении новой системы оплаты труда медицинским работникам в соответствии с уровнем их квалификации.

Прошу прокомментировать возможность введения в штатное расписание должности старшей медицинской сестры, т. к. я руковожу всей службой и выполняю работу старшей медицинской сестры.

«МЕДИЦИНСКИЙ» ЭКСПЕРИМЕНТ С СЕСТРИНСКИМИ ДОЛЖНОСТЯМИ

ОТВЕТ:

Ассоциация медицинских сестер России, рассмотрев Ваше обращение, разъясняет следующее.

В соответствии со ст. 135 Трудового кодекса РФ заработная плата работнику устанавливается трудовым договором в соответствии с действующими у данного работодателя системами оплаты труда.

В соответствии со ст. 144 Трудового кодекса РФ системы оплаты работников государственных и муниципальных учреждений устанавливаются с учетом:

1) единого тарифно-квалификационного справочника работ и профессий рабочих, единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих;

2) государственных гарантий по оплате труда;

3) рекомендаций Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений (в настоящий момент – Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2011 год), утвержденные Решением трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений от 10.12.2010, протокол № 10 (далее – Единые рекомендации);

4) мнения соответствующих профсоюзов (объединений профсоюзов) и объединений работодателей.

Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (далее – Единый квалификационный справочник) утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее – Минздравсоцразвития РФ) от 23 июля 2010 г. № 541н.

В соответствии с разделом 1 «Общие положения» Единого квалификационного справочника должностное наименование «старший» устанавливается **при условии**, если специалист осуществляет руководство подчиненными ему исполнителями.

Вместе с тем, квалификационные характеристики должностных обязанностей по должности «Медицинская сестра стерилизационной» не предусматривают наличие функции по руководству подчиненными исполнителями и, соответственно, возможности введения должности старшей медицинской сестры стерилизационной.

В соответствии с Едиными рекомендациями органам государственной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления рекомендуется, в том числе при введении новых систем оплаты труда работников учреждений

предусматривать установление тарифных ставок, базовых окладов (базовых должностных окладов), базовых ставок заработной платы **по профессиональным квалификационным группам, утвержденным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда.**

Профессиональные квалификационные группы должностей медицинских и фармацевтических работников утверждены приказом Минздравсоцразвития России от 6 августа 2007 г. № 526.

В соответствии с указанным Приказом должности инструктора-дезинфектора, **медицинской сестры стерилизационной** относятся к первому квалификационному уровню второй профессиональной квалификационной группы «Средний медицинский и фармацевтический персонал».

Пунктом 19 Единых рекомендаций **также установлено**, что при разработке нормативных правовых актов по оплате труда работников учреждений органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления **не вправе** формировать и утверждать профессиональные квалификационные группы, квалификационные уровни профессиональных квалификационных групп и критерии отнесения профессий рабочих и должностей служащих к профессиональным квалификационным группам, а также **переносить профессии рабочих и должностей служащих в другие профессиональные квалификационные группы** и квалификационные

уровни профессиональных квалификационных групп.

Таким образом, если Вы в соответствии с трудовым договором в настоящий момент работаете в должности медицинской сестры стерилизационной, то Ваша должность правильно отнесена к первому квалификационному уровню второй профессиональной квалификационной группы «Средний медицинский и фармацевтический персонал».

Перечень конкретных выполняемых Вами обязанностей по должности должен быть, в свою очередь, приведен в соответствии с Единым квалификационным справочником, который применяется в качестве нормативных документов для разработки должностных инструкций (п. 2 раздела 1 «Общие положения» Единого квалификационного справочника).

В случае если Вы в процессе трудовой деятельности по должности медицинской сестры стерилизационной выполняете иные обязанности, чем указаны в соответствующем разделе Единого квалификационного справочника, то Вы вправе поставить вопрос перед администрацией учреждения о приведении Вашей должностной инструкции в соответствие с Единым квалификационным справочником (и, соответственно, впредь выполнять работу только по должности медицинской сестры стерилизационной) либо о переводе Вас в установленном порядке на ту должность, по которой Вы фактически исполняете должностные обязанности, либо о доплате за совмещение профессий либо совместительство.

В любом случае, данный вопрос должен решаться Вами с учетом заключенного трудового договора, фактически выполняемых



Вами должностных обязанностей, должностной инструкции и других локальных правовых актов Вашего учреждения. Дать более подробную консультацию, исходя из сведений, содержащихся в Вашем обращении, не представляется возможным.

Ассоциация медицинских сестер России не вправе вмешиваться в полномочия руководителя учреждения по утверждению штатного расписания.

Также разъясняем, что в соответствии с трудовым законодательством:

– в случае если Вы работали до введения новой системы оплаты труда в должности старшей медицинской сестры службы стерилизации и дезинфекции, то перевод Вас на должность медицинской сестры стерилизационной мог быть осуществлен работодателем только с Вашего согласия в порядке, установленном Трудовым кодексом РФ;

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

– в соответствии с Едиными рекомендациями при введении новой системы оплаты труда заработная плата работников учреждений (без учета премий и иных стимулирующих выплат) не могла быть уменьшена по сравнению с заработной платой (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;

– новое положение об оплате труда в учреждении в соответствии с ч. 4 ст. 135 Трудового кодекса РФ должно было приниматься работодателем с учетом мнения представительного органа работников, то есть в порядке, установленном ст. 372 ТК РФ.

В случае если Вы считаете, что Ваши трудовые права были нарушены при введении новой системы оплаты труда, Вы имеете право обратиться за защитой нарушенных трудовых прав в органы государственного надзора и контроля за соблюдением трудового законодательства (Федеральная инспекция труда в Ленинградской области, **телефон горячей линии:** (812) 388-77-93), в профсоюзные органы либо в суд.

Юрисконсульт РАМС

Подробная информация о подписке на «Вестник» на сайте РАМС www.medsestre.ru в разделе Информационные ресурсы – Вестник. Просим выслать заявку на журнал, указав Ф.И.О., полный почтовый адрес с индексом, сотовый тел. вместе с копией квитанции об оплате в адрес: anna@medsestre.ru. Для индивидуальных подписчиков стоимость редакционной подписки 150 руб. за 1 номер; для организаций – 300 руб.

Извещение	Получатель платежа: ООО «Милосердие» ИНН 7826671196 КПП 784001001		
	Расчетный счет № 40702810755230106995		
	В Северо-Западном банке ОАО «Сбербанк России» Дополнительный офис 055, г. Санкт-Петербург, БИК 044030653 К/с 30101810500000000653		
	Ф.И.О. и адрес плательщика		
	Вид платежа:	Дата	Сумма
	Подписка на журнал «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» № 2, 3, 4, 5 за 2012 г.		600 руб.
	Плательщик:		
Квитанция	Получатель платежа: ООО «Милосердие» ИНН 7826671196 КПП 784001001		
	Расчетный счет № 40702810755230106995		
	В Северо-Западном банке ОАО «Сбербанк России» Дополнительный офис 055, г. Санкт-Петербург, БИК 044030653 К/с 30101810500000000653		
	Ф.И.О. и адрес плательщика		
	Вид платежа:	Дата	Сумма
	Подписка на журнал «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» № 2, 3, 4, 5 за 2012 г.		600 руб.
	Плательщик:		



ЛИЗОФОРМ

Средства дезинфекции

Обработка рук и кожных покровов

Дезинфекция и стерилизация медицинских инструментов

Мытье и дезинфекция поверхностей и оборудования

Обработка эндоскопического оборудования
(ДВУ и стерилизация эндоскопов)



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
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@yandex.ru
www.lysoform.ru

МЕДИХЛОР®

— российское таблетированное дезинфицирующее средство —

МЕДИХЛОР №1000



- Вес таблетки 1 грамм
- 1 таблетка на 3,3 л воды
- 1 таблетка выделяет 0,5 г активного хлора
- 1 банка - 1000 таблеток
- Срок годн. средства - 5 лет
- Срок годн. раствора - 4 суток

МЕДИХЛОР №300



- Вес таблетки 3,32 грамма
- 1 таблетка на 10 л воды
- 1 таблетка выделяет 1,5 г активного хлора
- 1 банка - 300 таблеток
- Срок годн. средства - 5 лет
- Срок годн. раствора - 4 суток

НАЗНАЧЕНИЕ МЕДИХЛОРА

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

СБОР И УТИЛИЗАЦИЯ ОСТРОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ В БАНКУ ИЗ-ПОД МЕДИХЛОРА



В ПОДАРОК КАЖДОМУ КЛИЕНТУ

После использования средства "МЕДИХЛОР" пустую банку можно использовать для сбора и утилизации острого инструментария

К каждой банке прилагается специальная крышка с прорезью и специальная наклейка на банку с обозначением класса медицинских отходов



Автоматизация
МЕДИЛИС

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