

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 2/6 2012



Губернатор Новосибирской области обсудил с руководством региональной ассоциации задачи развития сестринского дела



стр. 25

Качество жизни пациентов, находящихся на программном гемодиализе



стр. 8

Почти 50 тысяч жителей Омска охвачены акцией членов ассоциации «Белая ромашка»



стр. 10

Медицинские сестры – активные участники программы информатизации здравоохранения

ТЕРМОТЕСТ

Термоиндикатор для контроля
«холодовой цепи»



Верный контроль –

**Ваша юридическая защита и
безопасность Ваших пациентов**



От $+2^{\circ}\text{C}$ до $+8^{\circ}\text{C}$,
режим «норма»



От $-0,5^{\circ}\text{C}$ и ниже до -20°C
в течение более одного часа
(однократно), «замораживание»



Выше $+8^{\circ}\text{C}$ и ниже $+20^{\circ}\text{C}$
в течении 48 часов (суммарно),
«перегрев»



От $+20^{\circ}\text{C}$ и выше,
но ниже $+30^{\circ}\text{C}$ в течении
20 часов (суммарно), «перегрев»



От $+30^{\circ}\text{C}$ и выше,
но ниже $+45^{\circ}\text{C}$ в течении
10 часов (суммарно), «перегрев»



От $+45^{\circ}\text{C}$ 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



■ **Нехватка сестринских кадров в России по оценкам Минздравсоцразвития составляет порядка 800 тысяч человек. Во имя качества и безопасности медицинской помощи нам предстоит долгий путь к преодолению этого кризиса.**

Дорогие коллеги и читатели «Вестника»!

Ассоциация спешит поделиться с вами последними новостями и событиями из жизни общественного движения России и регионов, изложить свою позицию по ряду принципиальных вопросов, встретить вашу поддержку в решении наиболее актуальных задач.

В марте Ассоциация медсестер России приняла участие в очередном заседании Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций и ВОЗ, по итогам которого были достигнуты договоренности о проведении параллельно с Всероссийским форумом медицинских сестер в Санкт-Петербурге специальной сессии ВОЗ для лидеров профессиональных ассоциаций, руководителей сестринских служб стран СНГ. Эта сессия позволит осветить глобальные рекомендации ВОЗ по поддержке сестринских кадров, будет содействовать их внедрению в жизнь, поможет консолидировать усилия лидеров сестринского дела на постсоветском пространстве.

В апреле силами ассоциации и при сотрудничестве с Европейской федерацией медицинской информатики в Москве была организована конференция по вопросам информатизации работы сестринского персонала. Своими взглядами на проблему поделились наши коллеги из Европы, а об успешном опыте компьютеризации рабочих мест доложили члены ассоциации. Задача информатизации сегодня стоит перед всеми системами здравоохранения. Важно, чтобы в этом процессе непосредственное участие принимали медицинские работники – врачи и медицинские сестры, внося вклад совместно с программистами и учеными в создание оптимального программного обеспечения, гарантирующего без-

опасность и конфиденциальность обращения с данными пациентов, доступность этих данных профессионалам для принятия клинических решений.

В ряде региональных общественных организаций прошли самые ответственные мероприятия – отчетно-выборные конференции. От лица Правления хочется поздравить избранных руководителей Алтайской, Архангельской, Астраханской, Кемеровской, Ленинградской областных ассоциаций, пожелать им и членам правления новых решений, успешного продвижения в вопросах защиты интересов сестринского персонала.

На новый этап вышло международное сотрудничество РАМС – организация вошла в число полноправных членов Европейской ассоциации операционных медсестер, а также в состав Всемирного форума по стерилизации. Эти два направления чрезвычайно важны для совершенствования системы организации работы и обеспечения безопасности пациентов при оказании медицинской помощи. Сотрудничество по двум направлениям с международными партнерами от лица РАМС будут осуществлять соответствующие специализированные секции – операционных сестер и сестер отделений стерилизации.

Во многих регионах прошли торжественные мероприятия по случаю празднования Международного дня медицинской сестры. В этом году праздник носил особый характер, поскольку накануне Ассоциацией медицинских сестер России, как это и было заявлено ранее, были опубликованы итоги Всероссийского конкурса «Медицинская сестра 2011 года». Чествования лучших специалистов прошли на уровне регионов, многие были приглашены на телевидение и радио для участия в различных программах и ток-шоу, посвященных

вопросам здоровья и здравоохранения. Конкурсные материалы призеров были также размещены для всеобщего доступа на веб-сайте ассоциации. Все это в целом способствовало актуализации общественного внимания на практических достижениях медицинских сестер, содействовало и будет далее содействовать более высокой оценке роли сестринского персонала в оказании медицинской помощи.

Последнее более чем актуально для России, где в течение многих лет отсутствовала последовательная политика по поддержке и развитию сестринского дела и укреплению потенциала сестринских кадров. Итогом стала катастрофическая нехватка медицинских сестер, которая по оценкам МЗСР РФ достигла 800 тысяч человек! Одной из противоречивых ответных мер стало решение о допуске студентов медицинских вузов к работе в сестринских должностях по окончании 3-го курса.

В ближайшие планы ассоциации входит налаживание тесных партнерских взаимоотношений с новым руководством Министерства здравоохранения. Мы надеемся, что профессиональный состав ведомства позволит нам детально обсуждать любые, в том числе и самые сложные вопросы. Мы убеждены, что в решении кадровых проблем большую роль сыграет единство усилий органов государственной власти и профессиональных ассоциаций.

В заключение хочу поздравить вас с Днем медицинского работника, выразить глубокую признательность за ваш ежедневный труд, интеллектуальный, физический и эмоциональный вклад в поддержку пациентов, пожелать вам профессионального признания, новой энергии, крепкого здоровья, счастья и благополучия!

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



На обложке: Губернатор Новосибирской области В.А. Юрченко встретился с лидерами ассоциации

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ

Алтайский край – состоялась отчетно-выборная конференция ассоциации стр. 3

Встреча за круглым столом: Губернатор Новосибирской области обсудил вопросы развития сестринского дела с лидерами ассоциации стр.6

10-летие общественной деятельности отметили профессиональные ассоциации Республики Марий Эл и Брянской области стр. 16

НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ

Реформа высшего сестринского образования: ожидания и перспективы стр. 18

СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка качества научных данных: иерархия достоверности стр. 28

ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА

Информационные технологии в сестринской практике стр. 10

Качество жизни лиц, находящихся на программном гемодиализе стр. 25

Задачи операционной сестры в оказании помощи пациентам с онкологическими заболеваниями стр. 30

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Заседание Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций и ВОЗ стр. 4

Операционные сестры России – полноправные члены Европейской ассоциации операционных сестер стр. 22

ГЕРОИ НАШЕГО ВРЕМЕНИ

У войны не женское лицо стр. 24

ВОПРОСЫ ЭТИКИ

Доброе слово лечит, а злое - калечит стр. 9

ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

В поисках наших прав: что гарантирует законодательство? стр. 38

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 19.06.2012. 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.

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 rna@medsestre.ru
 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

Дизайн – Любовь Грабарь

Верстка – Игорь Быков, Ольга Гаврилова

Корректор – Марина Водолазова

АДРЕС РЕДАКЦИИ

191002, Санкт-Петербург, Загородный пр., д. 14, литер А, пом. 15Н.

Тел./факс: (812) 575-80-51, 315-00-26. E-mail: rna@medsestre.ru

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

САРКИСОВА В.А. – президент Ассоциации медицинских сестёр России, Председатель Совета

АНОПКО В.П. – президент Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников»

ВИШНЯКОВА В.А. – президент Забайкальской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация медицинских специалистов»

ГОЛОЛОВОВА Л.Д. – президент «Новосибирской профессиональной ассоциации специалистов сестринского дела»

ДРУЖИНИНА Т.В. – президент Кемеровской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация медицинских сестёр Кузбасса»

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

АЛТАЙСКИЙ КРАЙ

19 апреля 2012 года в конференц-зале КГБОУ СПО «Барнаульский базовый медицинский колледж» состоялась Краевая отчетно-выборная конференция по итогам работы Алтайской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» за 2008–2011 гг. Конференция была подготовлена Ассоциацией при организационной поддержке Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности. Активное участие в ее проведении принял коллектив преподавателей и студентов КГБОУ СПО «Барнаульский базовый медицинский колледж».

В конференции приняли участие 214 делегатов – членов ассоциации из учреждений здравоохранения городов и районов Алтайского края. На конференции присутствовали гости: А.Ф. Лазарев – председатель комитета по здравоохранению и науке краевого Законодательного собрания, Т.М. Коростелева – начальник отдела по вопросам государственной службы и кадров Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, О. Матюхина – заместитель руководителя аппарата Общественной палаты Алтайского края.



Кроме членов ассоциации – официальных делегатов, обладающих правом голоса, на конференции присутствовали главные врачи крупных учреждений здравоохранения г. Барнаула, представители СМИ.

В приветственном выступлении Александр Федорович Лазарев обратился к присутствующим со словами признания высокой роли и значимости общественной деятельности ассоциации, определив ее членов в качестве элиты сообщества, которое стремится совершенствовать свою профессию. Краю необходимы профессионалы сестринского дела, готовые менять облик здравоохранения. Именно с помощью таких людей в регионе достигнуты важные демографические показатели – увеличение продолжительности жизни до 70,5 лет, отметил А.Ф. Лазарев. В заключение Александр Федорович призвал делегатов конференции к активной гражданской позиции, к участию в общественном движении с целью развиваться и идти вперед, и обещал впредь всегда принимать участие в мероприятиях сестринского сообщества.

Т.М. Коростелева в своем выступлении остановилась на проблеме кадрового кризиса, мерах по укреплению кадрового потенциала, не единожды подчеркнув, что медицинские сестры – это специалисты, на которых держится медицина. С целью поддержки сестринских кадров в администрации обсуждается вопрос по введению доплат медицинским сестрам стационаров с июля текущего года. Кроме того, с 2013 г. профессиональные краевые конкурсы среди специалистов сестринского дела, которые до настоящего времени финансировались только профессиональной ассоциацией, будут сопровождаться достойным призовым фондом Администрации Алтайского края.

В выступлениях делегатов конференции Т.В. Царевой, главного специа-

листа по сестринскому делу Рубцовского медицинского отделения, председателя Совета отделения ассоциации по Рубцовской зоне, Н.И. Воротниковой, главной медицинской сестры КГБУЗ «АККДБ», говорилось о высоком уровне мероприятий, проводимых ассоциацией, о необходимости роста членства, а значит, роста возможностей и независимости организации.

После отчетного выступления президента Л.А. Плигиной и председателя контрольно-ревизионной комиссии А.В. Морозовой об административно-хозяйственной и финансовой деятельности ассоциации состоялось обсуждение итогов работы Ассоциации у открытого микрофона. Работа была единогласно признана удовлетворительной.

Тайным голосованием делегаты избрали новый состав Правления, контрольно-ревизионной комиссии; 77% голосов были отданы за президента Ассоциации Л.А. Плигину.

На конференции была принята «Стратегия развития АРОО ПАСМР с 2012–2015 гг.», итоговая Резолюция.

Торжественная часть мероприятия была посвящена награждению активных членов и сестринских коллективов по итогам работы ассоциации.

75 медицинских сестер края получили награды и грамоты от Краевого законодательного собрания, Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности, Российской ассоциации медицинских сестер и Алтайской профессиональной ассоциации. Награждение ожидало и победителей и участников Краевого профессионального конкурса «Лучший организатор сестринского дела 2011 г.». Торжественная церемония сопровождалась музыкальными поздравлениями, что создавало атмосферу праздника и незабываемых впечатлений.

ЗАСЕДАНИЕ ЕВРОПЕЙСКОГО ФОРУМА НАЦИОНАЛЬНЫХ СЕСТРИНСКИХ И АКУШЕРСКИХ АССОЦИАЦИЙ И ВОЗ: ВКЛАД МЕДСЕСТЕР И АКУШЕРОК В ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

В последних числах марта в штаб-квартире Европейского бюро ВОЗ состоялось очередное ежегодное заседание Европейского форума. Тема заседания «Борьба с неинфекционными заболеваниями» созвучна главному вызову здоровья современности – небывалому росту хронических патологий, вызывающих инвалидизацию пациентов, существенное снижение качества жизни, раннюю и преждевременную потерю работоспособности, финансовые потери в виде затрат на медицинскую помощь и в форме ослабления экономики стран, негативные социально-экономические последствия для пациентов с хроническими заболеваниями и их семей. На сегодняшний день неинфекционные болезни, или НИБ, являются основной причиной смерти в мире. От них гибнет около 36 миллионов человек ежегодно. По прогнозам ВОЗ, в случае бездействия к 2030 году эпидемия неинфекционных болезней будет ежегодно уносить 52 миллиона человеческих жизней.

Лечение развившегося хронического заболевания многократно дороже своевременных мер профилактики, именно поэтому системы здравоохранения многих стран сегодня ориентированы на реализацию реформ, предполагающих создание организационной основы и структуры для оказания эффективной профилактической помощи населению.

В ходе заседания своим видением проблемы хронических заболеваний поделился авторитетный специалист в области генетики и социальной медицины, профессор, доктор медицинских наук, директор Центра сотрудничества ВОЗ по неинфекционным заболеваниям Эллиот Берри.

Развитие НИБ обусловлено генетическими факторами. Однако большую роль играют и факторы внешней среды – экология, физическая активность, привычки, образ жизни. оказы-

вая прицельное воздействие на внешние факторы, можно и нужно преодолевать то, что предначертано генетикой. Поскольку ресурсы здравоохранения – и финансовые, и кадровые – ограничены и исчерпаемы, необходимо на ранних этапах развития личности формировать такой ее социальный тип, который будет отвечать интересам здоровья и активного долголетия.

Отличным примером своевременного и эффективного вмешательства на этапе зарождения жизни поделились инициаторы датского проекта «Мамы в движении». В рамках этой инициативы группа датских акушерок получила грант и спонсорскую поддержку на проведение исследования: способно ли их вмешательство внести вклад в профилактику хронических заболеваний и состояний, ведущих к их возникновению.

Для исследования были сформированы 2 группы – контрольная и испытываемая, в каждую из которых вошло по 65 беременных женщин. Целью исследования стала оценка роли акушерского вмешательства в профилактике ожирения. Для контрольной группы была предусмотрена стандартная программа акушерского сопровождения, предусмотренная системой здравоохранения в Дании, а также контрольные измерения веса и анкетирование на предмет самочувствия, болей в спине дважды во время беременности на разных сроках, а также по прошествии пяти месяцев после рождения ребенка. Для испытываемой группы помимо этого была предусмотрена дополнительная программа, включающая совместные еженедельные тренировки, собеседование об активном образе жизни, включая мотивацию на длительные прогулки, выдача шагомеров.

В результате сбора и анализа данных выяснилось, что дополнительные вмешательства играют роль в профилакти-

ке ожирения. Так, женщины испытываемой группы потеряли через 5 месяцев после родов на 28 килограмм больше, чем женщины контрольной группы, и полностью вернулись к своему весу до беременности; кроме того, они реже отмечали наличие болей в спине и общей физической усталости.

Ожирение становится эпидемией XXI века. Общий ритм жизни подталкивает людей к быстрому и не самому рациональному питанию, пассивному образу жизни, устранению любых физических нагрузок. Ожирение становится

В Санкт-Петербурге пройдет сессия ВОЗ и лидеров профессиональных ассоциаций стран СНГ

В рамках заседания Европейского форума ВОЗ были продолжены консультации Ассоциации медсестер России и руководства ВОЗ по вопросам о повышении активности взаимодействия и сотрудничества по проблемам развития сестринского дела на постсоветском пространстве. Для многих бывших республик СССР опыт Ассоциации медицинских сестер России является показательным.

В целях всестороннего обсуждения проблем развития сестринского дела было решено провести внеочередную сессию ВОЗ с руководителями профессиональных ассоциаций и руководителями сестринских и акушерских служб стран СНГ в Санкт-Петербурге в рамках Всероссийского форума медицинских сестер, организуемого РАМС. Эта встреча внесет вклад в укрепление двусторонних связей между лидерами организаций, осветит глобальную политику ВОЗ в области сестринского дела и по вопросам поддержки сестринских кадров.

НОВОСТИ КОРОТКОЙ СТРОКОЙ

Хотите сохранить сестринские кадры – улучшайте условия труда

«Медицинские сестры, задействованные в оказании помощи по всему миру, отмечают наличие симптомов выгорания и неудовлетворенности своей работой», – заявляют ученые Центра сестринских исследований Университета штата Пенсильвания на основании итогов исследования, в котором приняли участие 100 тысяч медицинских сестер из 9 стран. Среди этих стран Китай, Южная Корея, Таиланд, Япония, Новая Зеландия, Канада, Германия, Великобритания и США.

«Более трети медицинских сестер всех девяти стран, участвующих в исследовании, отмечают у себя синдром выгорания; при этом наихудшие показатели обнаружены в Южной Корее и Японии, где о выгорании заявляют по 60% специалистов», – говорит автор исследования и директор Центра профессор Линда Айкен. – Степень неудовлетворенности работой варьируется от 17% в Германии до 30% в большинстве стран и 60% в Японии. Около половины медицинских сестер во всех странах, за исключением Германии, не уверены в том, что к моменту выписки пациенты готовы к самоуходу».

Очевидное преимущество по всем озвученным параметрам наблюдается в больницах с хорошими условиями труда – здесь реже говорят о выгорании, ниже вероятность неудовлетворенности работой, практически отсутствуют опасения относительно неготовности пациентов к выписке. И, напротив, в больницах с плохими условиями труда такую неуверенность выражают от 22 до 85% сестринского персонала.

«Оценка работы сестринского персонала является своего рода барометром того, насколько важна для учреждений поддержка пациентов, – утверждает профессор Айкен. – Во всех странах более чем 1 медсестра из каждых десяти считает уход недостаточным или плохим, в то время как в трех странах Азии такую оценку сестринской помощи респонденты дают гораздо чаще».

Доктор Айкен и ее коллеги призывают руководителей учреждений здравоохранения и политиков к реализации мер по поддержке сестринских кадров и качества сестринской помощи.

«Повышенное внимание к вопросам улучшения условий труда и производственной среды может иметь непосредственное отношение к стабилизации глобальной кадровой ситуации в сестринском деле и улучшению качества медицинской помощи во всем мире», – уверена профессор Айкен.

По материалам портала медицинских новостей Medical News Today



первопричиной для развития серьезных хронических недугов – диабета, сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний. Профилактика ожирения в работе с беременными женщинами – один из адекватных способов борьбы с ожирением, ведь многие женщины напрямую связывают изменение своего веса с беременностью и родами. Такая работа помогает одновременно и женщине и ее будущему ребенку.

Все участники заседания – руководители сестринских и акушерских ассоциаций Европейского региона, руководители европейского бюро ВОЗ признали действенность работы медицинских сестер и акушерок в противостоянии хроническим заболеваниям и необходимость поддержки исследовательской работы специалистов для поиска образцовых, наиболее эффективных способов профилактической работы с населением.

Хочется отметить, что исследовательская работа вполне по силам и российским медсестрам и акушеркам. В отечественных ЛПО создаются школы будущих мам, ведется обучение по вопросам здорового образа жизни. Время диктует необходимость того, чтобы специалисты сделали и следующий шаг – оценивали и подтверждали достоверными данными результативность таких вмешательств, с тем чтобы далее они становились неотъемлемой частью стандарта оказания медицинской помощи.

Вклад медицинских сестер и акушерок может быть полноценным лишь в том случае, если системой здравоохранения предусмотрены механизмы поддержки сестринских кадров, имеются достаточные ресурсы для реализации тех или иных профессиональных инициатив.

В европейском регионе и во всем мире проблема дефицита сестринских кадров стоит необычайно остро. Ак-

тивная профессиональная миграция содействует усугублению кадрового кризиса в странах и без того с ослабленной экономикой. В этой связи в ходе заседания был рассмотрен стратегический документ ВОЗ, принятый Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2010 г. – Глобальный кодекс этического рекрутинга медицинских работников. В своем выступлении руководитель отдела кадровой политики ЕвроВОЗ Г.М. Перфильева подчеркнула, что содержание кодекса выходит далеко за рамки вопросов рекрутинга и содержит анализ причин трудовой миграции, а также перечень мер по поддержке профессиональных кадров, с тем чтобы нивелировались сами причины миграции. «От добра добра не ищут», покинуть свою страну в поиске лучшей жизни специалистов подталкивает не только стремление больше зарабатывать и необходимость содержать семьи, но и возможность профессионального роста, безопасность на рабочем месте, адекватная нагрузка, стремление реализовать свой личностный и профессиональный потенциал. Если в стране отсутствуют благоприятные условия для профессиональной деятельности – миграция неизбежна: либо в более обеспеченное государство, либо в другую профессию.

В формировании эффективной кадровой политики в период глобального экономического кризиса всем профессиональным ассоциациям предстоит вести борьбу за лучшие условия для специалистов, которых они объединяют, консолидировать все силы, призывать сторонников от лица партий, других общественных организаций, искать, требовать и добиваться поддержки сестринских и акушерских кадров со стороны правительств.



ВСТРЕЧА ЗА КРУГЛЫМ СТОЛОМ: ГУБЕРНАТОР НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В.А. ЮРЧЕНКО ОБСУДИЛ С МЕДИЦИНСКИМИ СЕСТРАМИ РЕГИОНА НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ



■ **Л.Д. Гололобова,**
главный специалист по управлению
сестринской деятельностью НСО,
президент РОО НПАСС



■ **М.И. Поскотина,**
методист НПАССД

29 февраля в здании Правительства Новосибирской области прошла встреча губернатора Новосибирской области В.А. Юрченко с представителями сестринского сообщества. В встрече приняли участие министр здравоохранения Новосибирской области О.В. Кравченко, главный специалист по управлению сестринской деятельностью НСО, президент РОО НПАСС Л.Д. Гололобова, директор Новосибирского медицинского колледжа С.В. Домахина, а также главные медицинские сестры городских и областных учреждений здравоохранения, члены Новосибирской профессиональной ассоциации специалистов сестринского дела.

Губернатор Новосибирска рассказал о планах модернизации здравоохранения, подчеркнув, что ее главная задача кардинальным образом изменить систему здравоохранения Новосибирской области и повысить социальный статус медицинских работни-

ков (врачей, сестринского персонала и младшего медицинского персонала). Глава региона также отметил, что с 01.03.2012 г. принято решение о повышении заработной платы работникам бюджетной сферы на 6,5%, в числе которых трудятся много медицинских сестер; действующая сегодня отраслевая система оплаты труда в бюджетной сфере призвана оценивать качественный и количественный показатель нагрузки на каждого специалиста, а также поощрять лучших работников.

Президент Новосибирской ассоциации обозначила перед руководством региона основные проблемы сестринского дела. Первоочередной является кадровый дефицит сестринского персонала. Если в районах области укомплектованность составляет 75%, то в медицинских организациях Новосибирска эта цифра уже 62,4%. Данная проблема возникла благодаря целому спектру неразрешенных вопросов, главными из которых являются неадек-

ватно низкая заработная плата сестринского персонала при работе на одну ставку и отсутствие возможности приобретения жилья на льготных условиях. И только в силу этих причин медицинские сестры вынуждены брать всевозможные подработки, что, конечно же, не способствует улучшению качества медицинской помощи. **Ассоциация выдвинула предложения по совершенствованию системы оплаты труда сестринского персонала и изысканию возможностей льготного предоставления жилья медицинским сестрам Новосибирской области.**

«Сегодня молодежь недостаточно активно идет в профессию. Мы считаем, что это связано в том числе и с низким социальным статусом сестринской профессии, – отметила Людмила Дмитриевна. – Если социальный статус профессии врача сегодня остается достаточно высоким (несмотря на множественную критику), то социальный статус сестринской профессии остается до сих пор низким. Сегодня соотношение врач–сестра в регионе составляет 1:1,9, тогда как программой развития сестринского дела на 2010–2020 гг. предполагается повышение этой цифры к 2016–2020 гг. в сфере профилактики и реабилитации до 1:8, по другим направлениям деятельности – 1:5».

Но одно дело написать красивые цифры на бумаге, другое – увидеть их в реальности. Чтобы планы были реализованы, конкретные шаги должны предприниматься властями региона уже сейчас. Например, таким шагом может стать активная социальная реклама профессии медицинской сестры в СМИ.

Специалисты сестринского дела распределены по различным секторам здравоохранения региона неравномерно, и серьезные диспропорции сохраняются по линии город/село. Сельское здравоохранение, так же как и городское, испытывает серьезный кадровый дефицит, в силу того что 25% персонала уже пенсионного возраста, а активного притока на село молодых кадров не наблюдается.

Для привлечения врачей в сельскую местность государством принята целевая программа «Жилье молодым врачам», которая безусловно поможет в какой-то мере решить кадровую проблему. Президент Новосибирской ассоциации внесла предложение о ре-

ализации аналогичной программы и для сестринского персонала.

Сестринской профессии необходимы новые управленческие решения. По мнению ассоциации, потенциал медицинских сестер в ВСО пока используется недостаточно эффективно. Ассоциация предлагает **введение в номенклатуру новых должностей для медицинских сестер, например, таких как заведующие приемными отделениями, операционными блоками, информационно-аналитическими отделами, отделами маркетинговых исследований, заведующих бригадами сестер специалистов общей практики, паллиативной медико-социальной помощи, патронажных мобильных служб, Школ здоровья – все это позволит решить вопрос востребованности, эффективного использования и достойной оплаты труда специалистов с высшим сестринским образованием.**

Сегодня никто не оспаривает тот факт, что сестринскому делу в Российской Федерации не хватает научнообоснованных критериев деятельности. Доказательная сестринская практика успешно развивалась и развивается за рубежом. Мы высоко ценим опыт наших зарубежных коллег, однако мы живем в другой социальной реальности, и потому нам необходимо проводить собственные научные исследования, иметь собственную доказательную базу. Более 200 медицинских сестер в России имеют ученую степень кандидата медицинских наук. Исследования наших коллег имеют большое практическое значение, т. к. позволяют выбирать наиболее экономически выгодные направления деятельности сестринских подразделений, что положительно влияет на экономическую состоятельность медицинской организации в целом. Однако таких исследований должно быть в разы больше. В Новосибирской области 205 человек имеют высшее сестринское образование. Многие из наших коллег готовы проводить научные исследования под руководством профессорско-преподавательского состава кафедры, но здесь сдерживающим фактором выступает отсутствие финансирования сестринских исследований.

Еще одним социально и профессионально значимым вопросом является

Новосибирская ассоциация медицинских сестер сердечно поздравляет Людмилу Дмитриевну Гололобову – главного специалиста по управлению сестринской деятельностью Новосибирской области, создателя и президента РОО НПАССД с юбилеем! Более 40 лет Людмила Дмитриевна работает в системе здравоохранения Новосибирской области, ее достижения отмечены многочисленными ведомственными и правительственными наградами, она имеет звания «Отличник здравоохранения», «Заслуженный работник здравоохранения РФ», кавалер ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени и обладатель почетного знака РАМС «За верность профессии». Людмила Дмитриевна является идейным вдохновителем многих сестринских инноваций, успешно внедренных в нашем регионе. Благодаря интеллигентности, неизменной доброжелательности и высокому профессионализму она пользуется огромным авторитетом во всем медицинском сообществе Новосибирска.

Мы искренне поздравляем Людмилу Дмитриевну с замечательным юбилеем. Желаем крепкого здоровья, счастья и благополучия!

*Правление РОО НПАССД,
Правление РАМС*

признание на уровне региона заслуг специалистов отрасли. В Новосибирской области работают представители сестринского персонала, удостоенные за добросовестный труд звания «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации». Надбавка к окладу поможет улучшить материальное положение представителей сестринского персонала областных и муниципальных медицинских организаций и послужит знаком признательности со стороны власти за их многолетний труд и профессиональное мастерство. Г.П. Ефиманова – специалист по сестринскому делу Новосибирского областного госпиталя ветеранов войн





№ 2, член правления Новосибирской ассоциации медсестер, заслуженный работник здравоохранения РФ – предложила губернатору рассмотреть вопрос введения такой региональной надбавки.

Далее участники встречи подняли вопрос о подготовке квалифицированных кадров для сферы здравоохранения. В частности, речь шла о необходимости создания ресурсных центров и демонстрационных лабораторий на базе медицинских образовательных учреждений. Отметим, что в Новосибирской области практика создания подобных учебных центров успешно реализуется. Было внесено предложение по проведению преддипломной специализации студентов, формированию базы выпускников, их последипломному сопровождению и созданию методических рекомендаций практической деятельности по сестринским специальностям, утвержденным на региональном уровне.

В заключение встречи губернатор сказал: «Те вопросы, которые мы затронули сегодня, не закрывают весь спектр проблем и необходимых решений в сфере здравоохранения. Одной из главных задач остается повышение престижа профессии и социального статуса медицинского работника. И здесь очень важно решение жилищного вопроса,

именно поэтому в 2012 году принято решение о строительстве служебного жилья для медицинских работников на территории Новосибирской областной больницы. Также разрабатывается проект по льготному предоставлению ипотечного кредитования для медицинских работников».

По итогам состоявшейся встречи губернатором было принято решение о поддержке многих инициатив ассоциации. В частности, ассоциация получила возможность организовать свою секцию в рамках работы Форума здравоохранения Сибири и Дальнего Востока (МедСиб-2012, 23–25 мая), ежегодно проходящего в регионе.

Более того, губернатором была поддержана инициатива по участию специалистов Новосибирской области во Всероссийском форуме медицинских сестер, намеченном на 11–13 октября текущего года. Область командировует делегацию в составе 20 человек! Не секрет, что для такого шага необходима политическая воля руководителя.

За конструктивную поддержку своих начинаний ассоциация выражает слова признательности губернатору Новосибирской области В.А. Юрченко и министру здравоохранения Новосибирской области О.В. Кравченко.

Предупрежден – значит вооружен

Туберкулез – одна из самых актуальных проблем в мире, им ежегодно заболевают 8–10 млн человек, умирает от ТБ около 3 млн людей. Статистика по России очень тревожна – ежегодно здесь регистрируется 100 тыс. новых случаев ТБ, а показатели смертности увеличились по сравнению с 1990-ми в 2,3 раза.

В этом году РАМС объявила о проведении Всероссийской акции «Белая ромашка», для участия в которой откликнулись многие регионы, в том числе и Омская область. Проблема ТБ здесь актуальна – показатель распространенности всех форм туберкулеза остается высоким, ежедневно регистрируется 6–7 случаев заболевания ТБ, ежедневно умирает 2 человека. Социальные границы стираются – заболевают и вполне благополучные омичи. Желание и потребность изменить ситуацию по туберкулезу в Омской области вылились в общественную акцию профессиональной сестринской ассоциации.

Участники акции поставили перед собой двойную цель: обучить население профилактике ТБ и привлечь внимание органов исполнительной власти к проблемам противотуберкулезной службы. На призыв об участии в акции откликнулись 46 учреждений здравоохранения Омской области, непосредственное участие в ней приняли 4736 медицинских сестер, акушерок, фельдшеров, рентгенолаборантов.

В результате многочисленных мероприятий, включивших раздачу 25 905 листовок, памяток, буклетов, демонстрацию видеофильмов, организацию 4107 бесед, выдачу 103 направлений на флюорографическое исследование, акцией было охвачено 9608 пациентов и более 47 тыс. населения Омской области. С учетом нескольких проведенных радио- и телепередач количество проинформированных об угрозе ТБ жителей Омска достигло сотен тысяч человек!

Омская профессиональная сестринская ассоциация выражает благодарность всем участникам акции!



ДОБРОЕ СЛОВО ЛЕЧИТ, А ЗЛОЕ – КАЛЕЧИТ



■ **Д-р Николас Дж. Коклер,**
Ведущий специалист
по этике Центра
медицинской этики
Клиники Провиденс
Портланд, Орегон, США

Клиническая ситуация

Поликлиника. Врач ведет прием, помогает ему медицинская сестра. На приеме тридцатый по счету пожилой пациент. В силу особенностей пожилого возраста пациент по несколько раз переспрашивает врача о рекомендациях, данных ему, о дате следующего приема и т. п. Врач через некоторое время переходит на повышенный тон разговора и выставляет пациента из кабинета. Пациент, оскорбившись, покидает кабинет с намерением направить жалобу на нетактичное поведение медицинских работников.

Варианты поведения медицинской сестры:

1. Медицинская сестра остается в кабинете врача, продолжая прием, и тем самым поддерживает врача в его нетактичном поведении. Пациент направляет жалобу в администрацию больницы.

2. Медицинская сестра покидает кабинет вслед за пациентом, догоняя его и пытаясь успокоить, проведя еще раз беседу о рекомендациях врача в коридоре поликлиники. Пациент покидает поликлинику с убеждением, что врач оскорбил его и с этим согласна медицинская сестра и направляет

жалобу в администрацию больницы.

3. Иной вариант.

Как с этической точки зрения должна поступить медицинская сестра?

Анализ ситуации

Непрофессиональное поведение представляет собой серьезную проблему, поскольку негативно отражается на процессе оказания медицинской помощи, на безопасности пациента. Причиной непрофессионального поведения целое множество: от характера человека и его способности справляться со сложными ситуациями до высокой нагрузки и недостаточного времени на прием пациента. Надо сказать, что такая форма поведения может рассматриваться в качестве проявления насилия. Преодолевать насилие на рабочем месте, будь то во взаимоотношениях между медицинскими работниками или медицинскими работниками и пациентами, необходимо при помощи различных способов, направленных на снижение агрессивных проявлений и управление неприязненным поведением.

В рассматриваемом случае вспышка гнева у доктора привело в том числе и расписание приема пациентов. Организационные факторы столкнулись с особенностями пациента, его когнитивного статуса и возраста. Врач проявил поведение недостойное медицинской профессии. Все люди время от времени испытывают злость, разочарование, другие негативные эмоции, которые важно выражать и преодолевать конструк-

тивно. Профессиональное поведение и соблюдение норм этикета, включая приемлемое выражение эмоций, имеет под собой и этический компонент – связь с профессиональной этикой здесь очевидна.

С точки зрения этики, поведение врача неприемлемо, поскольку ставит под удар формирование профессионального терапевтического взаимодействия с пациентом. Несдержанность эмоций продемонстрировала полное отсутствие уважения к пациенту, что может негативно сказаться на результатах лечения пациента,

которому не предоставлена адекватная информация и инструкции. Кроме того, в результате грубости и внезапного окончания приема может быть подорвана безопасность пациента, качество его лечения. И, наконец, под вопрос может быть поставлена непрерывность процесса лечения, поскольку пациент вряд ли будет готов придти в эту поликлинику (если не в любую) для продолжения консультаций и лечебного процесса. Таким образом, здоровье пациента в результате этого инцидента подвергнуто серьезному риску.

Способы решения этой проблемы и предотвращения подобных случаев в будущем:

• В подобной ситуации медицинская сестра или другой медицинский работник должны догнать пациента, ответить на все его вопросы, успокоить и постараться решить конфликтную ситуацию. В случае необходимости медсестра может сообщить пациенту, к кому ему следует обратиться с жалобой (например, в отдел качества медицинской помощи или дру-

гую структуру, отвечающую за работу с жалобами на качество оказания медицинских услуг);

• В данной ситуации можно рекомендовать медицинской сестре перенаправить негативные эмоции врача, оказать ему моральную поддержку до столкновения с пациентом перед приемом очередного пациента, с тем чтобы уберечь больных от незаслуженного гнева. Кроме того, стоит обсудить с врачом и администрацией учреждения возможность формирования более оптимального расписания приема больных.

• В случае если медицинская сестра примет решение обсудить с врачом/администрацией учреждения имевший место инцидент, ей необходимо обсудить следующее:

- природу и достоверность своих суждений;
- свою роль в произошедшем инциденте;
- потенциальный вред пациенту (эмоциональный и клинический);
- вероятный исход обсуждения инцидента;
- личные и профессиональные последствия для медсестры в случае обсуждения инцидента.

• Для исключения подобных ситуаций в будущем медсестра может инициировать междисциплинарное обсуждение с другими медсестрами, врачами, административными работниками, чтобы совместно выработать и принять документ, предусматривающий меры противодействия и административного контроля по вопросам насилия на рабочем месте.

Указанные способы решения проблем не являются взаимоисключающими. Возникновение подобного инцидента является несомненным основанием для действий по предотвращению подобных случаев в будущем.

**Вспышка гнева
медработника
способна нанести
вред здоровью
пациента**



ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

В МОСКВЕ СОСТОЯЛАСЬ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Обсуждение вопросов технологической эволюции в медицине состоялось в Москве 20 апреля; организаторами конференции стали Ассоциация медицинских сестер России и Европейская федерация медицинской информатики, а ее участниками те, кто призван активно внедрять новые технологии в работу сестринского персонала.

Открыв конференцию, осветив основные направления работы Ассоциации медицинских сестер России, ее руководитель В.А. Саркисова особенно подчеркнула, что организация всецело поддерживает инновационные проекты развития сестринской помощи, в числе которых особое положение занимают информатизация и исследования.

Профессор Афинского университета и президент ЕФМИ Джон Мантас рассказал собравшимся о том, что начало развитию сестринской информатики было положено более 30 лет назад: еще в 1977 году в Нью-Йоркском университете открылся первый курс информатики для медицинских сестер, а в 1981-м состоялась и первая конференция по этой теме. Вслед за этим новые курсы и программы подготовки специалистов в области сестринской информатики открывались по всему миру. Сегодня многие колледжи и университеты Европы предлагают разные уровни образовательных программ для подготовки медицинских работников – специалистов в области информатики; в немецком здравоохранении существуют позиции ассистента и менеджера по управлению информацией. О роли таких специалистов в практическом здравоохранении подробнее рассказал проф. Рольф Энгельхарт, руководитель секции электронного здоровья «Форума Мечникова-Коха». Они работают в больницах и поликлиниках, исследовательских центрах, страховых компаниях, медицинских предприятиях, решают задачи ведения, хранения и архивирования медицинской документации, управления информационными системами. Такие системы позволяют контролировать процессы оказания медицинской помощи, анализировать качество услуг, начислять компенсации работникам в точном соответствии с объемом и сложностью проведенной работы.

Положительные примеры есть, тем не менее бумажная работа все еще остается атрибутом здравоохранения, демонстрируя огромную пропасть между технологическими прорывами XXI века и традиционными организационными решениями века XIX, что в своей презентации подчеркнул профессор кафедры медицинской информатики Женевского университета Кристиан Ловис.

Одной из наиболее своевременных инициатив Евросоюза в области здравоохранения является внедрение концепции электронного здоровья. Работа над этим проектом осуществляется уже несколько лет, однако медицинские се-

ТОП 9 ПРИНЦИПОВ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ

1. Все элементы данных, зафиксированных будь то в бумажной или электронной форме, должны быть четко определены, их определения должны быть доступны всем пользователям данных;
2. Сотрудники должны уметь правильно пользоваться бумажными формами и электронными системами сбора данных в поддержку полного отражения качественных данных о здравоохранении;
3. При внесении исправлений в изначально внесенную информацию, по причине ошибки либо ее устаревания, первичная информация никогда не должна полностью удаляться из записей или из электронной информационной системы;
4. Медицинская информация должна содержаться в таком хранилище, которое гарантирует своевременную доступность информации о пациенте в течение всего периода, когда ему может потребоваться помощь;
5. Медицинская информация должна быть защищена от нецелевого использования и утраты, а также от несанкционированного доступа, изменения, раскрытия, нанесения вреда или разрушения;
6. Собранные медицинские данные должны использоваться исключительно в целях оказания медицинской помощи, либо иным образом, если это разрешено законом или владельцем этих данных. Все запросы для какого-либо иного использования данных, в том числе поступающие от штатного сотрудника, должны получать одобрение от отделения по личным делам;
7. Для мониторинга активности пользователей и выявления нарушения прав доступа во всех электронных системах медицинской информации должно быть предусмотрено ведение журналов контроля и аудита;
8. Разрешение раскрытия медицинской информации в ответ на запросы третьих лиц должно сопровождаться запретом на использование этой информации в каких-либо иных, нежели чем оговоренных целях;
9. Вся медицинская информация, хранящаяся как на бумажных, так и на электронных носителях, должна сохраняться в течение необходимого периода времени согласно Политике сохранения и уничтожения медицинских записей организации.

стры вовлечены в него пока очень слабо. Но не потому что не хватает интереса или знаний, а потому, что не хватает самих медицинских сестер. Специалисты в области информатики знают об этом не понаслышке. При этом актуальность привлечения медицинских сестер к выработке современных информационных и телекоммуникационных систем для здравоохранения только возрастает. Во всем мире ощущается нехватка работников здравоохранения, имеющая место на фоне радикальных демографических перемен – люди живут дольше, требуют больше внимания со стороны медработников; повышаются требования и к объему медицинской помощи, и к ее качеству и доступности.

Со временем проблема будет только усугубляться, отметил в своем выступлении Патрик Вебер, избран-

ный президент ЕФМИ. Пропорция медицинских работников в обществе едва ли подвергнется серьезному увеличению, к тому же повсеместно и во всех других сферах экономики будет присутствовать нехватка специалистов. Следовательно, здравоохранению жизненно необходимы такие организационные решения, которые будут содействовать повышению его эффективности. Информатика может стать одним из таких решений, содействуя максимально удобному и скоростному информационному сопровождению медицинской помощи, эффективному хранению и обмену, анализу и обобщению медицинской информации, снижению нагрузки на сестринский персонал. Поэтому медицинские сестры должны «сесть в поезд медицинской информатики, не опасаясь того, в каком направлении

он идет», заключил в своем выступлении г-н Вебер.

Судя по выступлениям российских специалистов, такие медицинские сестры у нас есть. Большой интерес участников конференции вызвал опыт Московской поликлиники № 107, о котором рассказал заведующий информационным отделом учреждения Богач Станислав Владимирович, опыт внедрения концепции электронного здоровья в регистратуре Городской клинической больницы № 1 г. Чебоксары, изложенный старшей медсестрой поликлиники Багаутдиновой Татьяной Евгеньевной. На вопросах информатизации работы амбулаторно-поликлинической службы в своем выступлении остановилась Пудовникова Лариса Юлдашевна, главная медицинская сестра ММБУ ГКП № 15, г. Самара.

ИНФОРМАЦИОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ



■ **Л.Ю. Пудовникова,**
главная медицинская сестра ММБУ ГКП
№ 15, г. Самара

Одной из сфер общественной жизни, куда настойчиво стучатся передовые технологии, является медицина. Прогрессивные технологии в медицине, основывающиеся на использовании современной компьютерной техники, способны не только количественно, но и качественно улучшить процесс предоставления медицинских услуг. Таким образом, создаются предпосылки к созданию информационного сопровождения деятельности поликлиники, а это:

- необходимость хранения, обмена, анализа большого объема информации;

- оценка эффективности деятельности как поликлиники в целом, так и каждого врача и медицинской сестры в отдельности;
- решение проблем управления качеством оказания медицинской помощи, финансовой деятельностью, организационными мероприятиями;
- планирование дополнительного развития.

Преимущества информационной системы неоспоримы и включают в себя:

- своевременное обеспечение оперативности и простоты ввода и получения информации;
- обеспечение достоверности и сравнимости получаемых данных;
- доступность информации для широких масс пользователей;
- оперативный контроль ситуации;
- унификация баз данных.

ММБУ ГКП № 15 – одно из крупных лечебно-профилактических учреждений города, обслуживающего 57 тысяч взрослого и 12 тысяч детского населения; здесь трудятся 568 медицинских работников. В состав поликлиники входит 16 отделений.

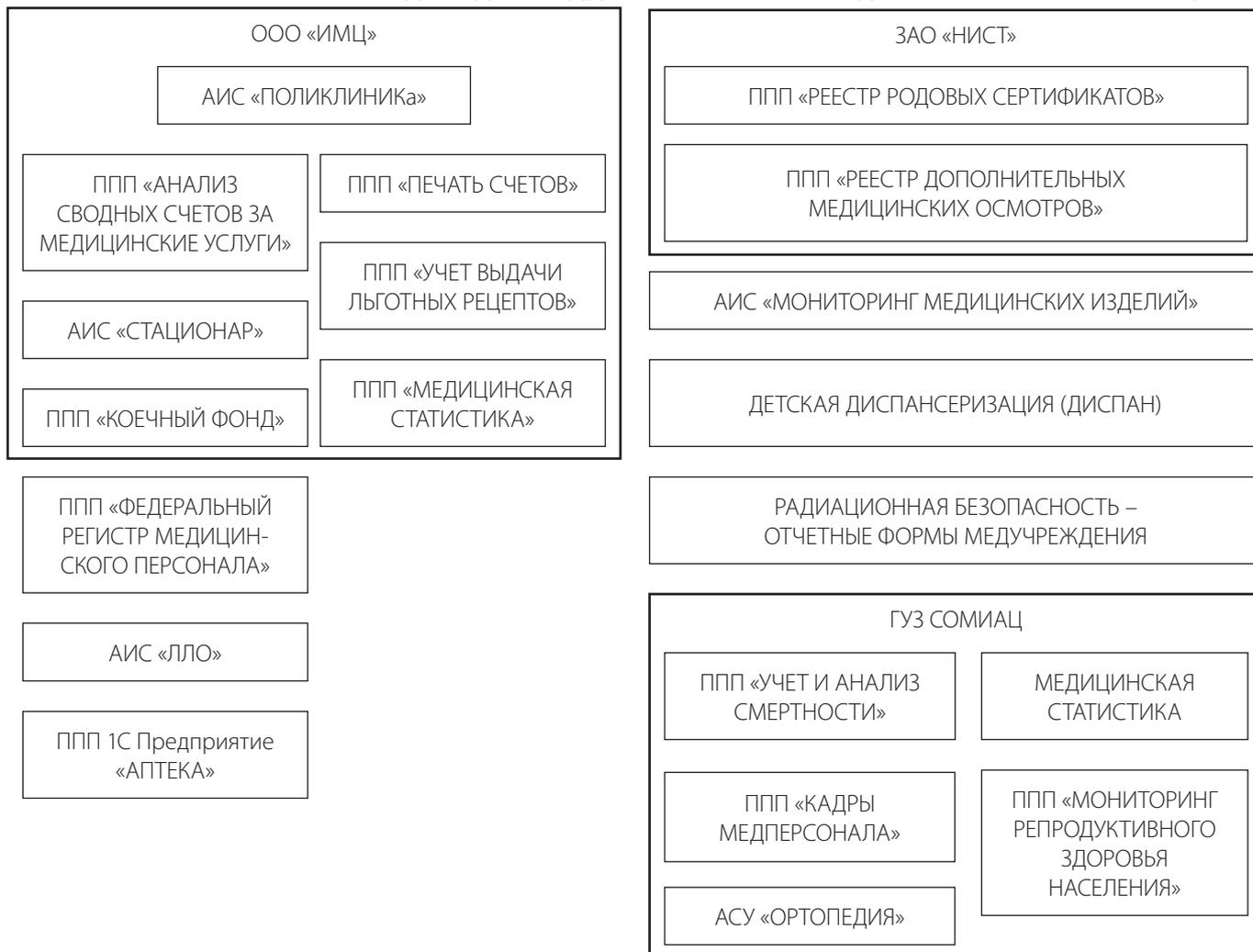
Каждый медицинский работник имеет автоматизированное рабочее ме-

сто. Работают по системе АИС – поликлиника, разработанной ООО «Парус», которая функционирует с 1996 года в современной локальной сети и включает в себя более чем 300 автоматизированных рабочих мест, оснащенных 230 компьютерами. В эксплуатации находятся 27 пакетов прикладных программ. Данная система позволяет связывать большой объем информации в единую базу данных, которая предоставляет оперативный доступ к ее содержанию. Разработаны собственные программы, позволяющие анализировать и мониторить процессы формирования счетов ОМС, дополнительной диспансеризации, добровольного медицинского страхования, льготного лекарственного обеспечения и др.

Работа на автоматизированном рабочем месте поддерживается *информацией всех подсистем: базовой, медицинской, финансово-экономической и аналитической.*

Информация, используемая медицинской сестрой до приема, необходима для формирования потока пациентов, записанных на прием. Введение электронной записи на прием позволяет максимально эффективно распределить рабочее время персонала. Ме-

КОМПЛЕКС ПРОГРАММНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА



дицинская сестра может контролировать очередь к врачам, каждый медицинский работник знает количество направленных пациентов на несколько дней и может планировать свою работу. Медицинская сестра ориентируется на данные по пациентам, записанным на прием: своевременность проведения флюорографии, онкоосмотра, порядок финансирования медицинских страховых полисов, расписание работы врачей-специалистов, параклинических служб и может выдать направления пациенту в режиме реального времени на необходимые консультации и обследования. Из медицинской подсистемы на приеме используется следующая информация: электронная история болезни, список законченных случаев («лист уточненных диагнозов»); сведения по случаям поликлинического посещения, объем оказанных услуг; информация по внешним услугам: госпитализации, вызовы скорой помощи, вне-

шние консультации и обследования; список диагнозов, в том числе сопутствующих; диспансерная принадлежность, выставленные диагнозы; история лабораторных и инструментальных исследований, результаты; данные онкологического осмотра; дневники наблюдения, оценка соматического статуса, посещения врачей общей практики и врачей специалистов; антология выписанных медикаментов; сведения по временной нетрудоспособности; направление на консультации, обследования, КЭК, обучение в профильных школах. В поликлинике создана электронная амбулаторная карта, внедрены «шаблоны» и справочники для описания соматического и специального статуса пациента по отдельным специальностям врачей и медицинских сестер. Составлены эталоны формулирования клинико-функционального диагноза. В план лечения введены стандарты назначения медикаментозной терапии. Созданы в

электронном виде планы диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями и факторами риска их развития. Активно развивается профилактическое направление, совершенствуются скрининговые методы выявления факторов риска хронических заболеваний. Функционирует электронный вариант анкеты для реализации скрининговых технологий методом анкетирования. Активно применяются на практике и целевые скрининги. Разработаны реабилитационные программы для пациентов с выявленными факторами риска развития основных неинфекционных хронических заболеваний. Для контроля проводится мониторинг выполнения диагностического стандарта у пациентов с факторами риска, что необходимо для дальнейшего дообследования пациента для верификации диагноза. Сегодня не возникает сомнения в том, что стационарозамещающие тех-



нологии эффективны в медицинских, социальных и экономических аспектах, и их широко применяют в амбулаторной практике. Врач с медицинской сестрой «отбирают» пациентов для организации и проведения стационаров на дому. Выполненные услуги в организованном стационаре на дому медицинская сестра корректно заносит в электронную базу данных. Справочник карт сестринских наблюдений позволяет ей заносить параметры состояния пациента, помогающий врачу при необходимости провести коррекцию лечения.

Таким образом, реализованы основные функции информационной системы, хранение и объем медицинской документации и информации. Предусмотрено введение отдельных параметров, необходимых для формирования отчетной документации по реализации приоритетного Национального проекта «Здоровье». Разработаны программы для выбора и сопоставления отдельных параметров для проведения анализа медико-экономической эффективности применяемых технологий.

Аналитическая работа в себя включает анализ состояния здоровья обслуживаемого населения: составление паспорта «здоровья» участка, плана работы с группами диспансерного наблюдения «Д» 2, 3а, 3б; анализ эффективности лечения; анализ льготного медикаментозного обеспечения; анализ состояния финансовой базы данных участка, планирование мероприятий по ее поддержанию на достигнутом уровне; анализ расходов по внешним услугам.

Создание и широкое внедрение всех инновационных технологий, улучшили состояние здоровья прикрепленного к поликлинике населения. Результативность деятельности нашей

поликлиники находит отражение в изменении показателей заболеваемости и таких грозных осложнений, как ОНМК и инфаркт миокарда. Наблюдается снижение ИМ за последние пять лет с 172 до 129 (в год), и ОНМК с 202 до 151.

Благодаря слаженной работе коллектива сотрудников поликлиника имеет ряд достижений, является лауреатом Общественной премии «Признание», а также дипломантом Поволжской премии Качества. В 2011 году поликлиника провела добровольную сертификацию Системы менеджмента качества на соответствие требованию международной системы ИСО 9001:2008 в отношении оказания ПМСП, проектирования и разработки мероприятий по профилактике и оздоровлению населения.

Информационная система является «живым» организмом, который развивается под влиянием внешних и внутренних условий. В перспективе развития АИС «Поликлиника» предполагает интеграцию со службами социального обеспечения; развитие мультиагентных технологий; осуществление непрерывного образования путем использования интернет-ресурсов.

Таким образом, в работе медицинских сестер нашей поликлиники имеется ряд преимуществ перед работой сестринского персонала ЛПУ, не использующих в своей деятельности инновационные и информационные технологии. Мониторинг населения и создание электронного паспорта здоровья участка позволили осуществлять персонализированный учет и контроль здоровья прикрепленного населения, уменьшить время, затрачиваемое персоналом на формирование учетно-отчетных документов. Внедрены карты сестринского наблюдения

и анкеты в электронном варианте. Это существенно сокращает объем работы, и освобождает время, которое можно будет уделить общению с пациентами.

Мероприятия по выполнению 3 пункта Программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации на 2011–2012 годы «Внедрение современных информационных систем в здравоохранении» предполагают выделение средств на оснащение оборудованием и автоматизацию рабочих мест всех медицинских работников; введение электронной цифровой подписи для врачей; подключение рабочих мест медицинских работников к сети Интернет; обмен телемедицинскими данными; внедрение систем электронного документооборота.

ММБУ ГКП№ 15 оснащена на сегодняшний день 230 компьютерами, однако это не покрывает потребности поликлиники полностью. Ограниченность финансовых средств не позволяет в полном объеме осуществлять модернизацию и расширение компьютерного парка. В связи с усилением внимания к вопросу информатизации здравоохранения положение с финансированием в этом направлении должно улучшиться.

Организация работы медицинских сестер с применением новых медицинских технологий способствует повышению качества медицинской помощи на уровне первичного звена здравоохранения. Гарантированное высокое качество оказания медицинской помощи является не только одним из определяющих факторов увеличивающим шансы остаться здоровым, быстрее выздороветь и дольше прожить, но и повышает степень удовлетворенности населения системой здравоохранения, а также престиж сестринского дела.

Практикующая медсестра и медсестра с расширенной областью практики: развивающаяся роль в сестринской профессии



Д-р Розмари Гудьер – регистрированная медицинская сестра со стажем работы более 50 лет, более 30 лет является преподавателем сестринского

дела и 35 лет – практикующей медсестрой. Сегодня д-р Гудьер ассоциированный профессор двух университетов – в Сан-Диего и Южной Флориде, независимый консультант по вопросам разработки и аккредитации образовательных программ. Степень бакалавра она получила в университете Сан-Антонио, степень магистра – в университете штата Колорадо, а доктором философии стала, защитив диссертацию на тему «Лидерства в образовании» в университете Сан-Диего.

Розмари работала в клинике, в школе, в образовательных учреждениях на всех уровнях подготовки сестринского персонала. Она владеет офисом сестринской практики, обеспечивающим ПМСП для 2000 человек. Выйдя на пенсию, Розмари учредила консультационную группу, осуществляла работу на национальном и международном уровне. В 2000 году Розмари возглавила работу по созданию партнер-

ства практикующих медсестер МСМ, стала ведущим автором Международных стандартов практики и образования практикующих медсестер.

Роль практикующей медицинской сестры (Nurse Practitioner) возникла в 1965 году в США, г. Денвер, штат Колорадо, и была предложена Лореттой С. Форд и Генри Сильвером. Сегодня эта роль уже не рассматривается как новая; практикующие сестры – неотъемлемая часть армии медицинских работников США. Концепция практикующей медсестры приобрела и международное признание; многие страны учредили образовательные программы для подготовки таких специалистов, открыли возможности для трудоустройства в рамках национальных систем здравоохранения.

Исторически роль практикующей медсестры возникла в ответ на растущие ожидания и требования к уровню сестринской помощи, предъявляемые со стороны пациентов и администрации лечебных учреждений. Уровень медицинской помощи, доступной для малообеспеченных слоев населения, для людей, проживающих в отдаленных районах, был неудовлетворительным и кардинально отличался от медицины крупных городов и авторитетных клиник.

Форд и Сильвер полагали, что для выполнения этой роли опытные меди-

цинские сестры должны пройти дополнительное обучение по вопросам: сбора медицинской информации, истории болезни у пациента, выполнения медицинского осмотра, постановки диагноза и лечения выявленных проблем. Практикующая медсестра для многих пациентов становилась первым, а зачастую и единственным доступным медицинским работником. Если выявленная проблема здоровья поддавалась лечению на местном уровне силами практикующей медсестры, с использованием имеющихся у нее ресурсов, то такой план лечения и выполнялся; в случае необходимости врачебного вмешательства и госпитализации пациент перенаправлялся практикующей медсестрой в лечебное учреждение.

Создание новой профессиональной группы повлияло на развитие сестринской практики в США. На начальном этапе программы подготовки практикующих сестер в разных штатах Америки серьезно отличались; срок обучения варьировался от 1 до 3 лет. Преподавание совместными силами вели и врачи, и медицинские сестры. Образовательные программы находились за рамками академической школы и осуществлялись в формате непрерывной подготовки кадров (повышения квалификации). С появлением первых практикующих сестер-преподавателей в 70-х гг., новые образовательные программы открылись и



в университетских медицинских колледжах. С 1985 года для работы практикующей медсестрой требовалось получить степень магистра; начиная с 2015 года понадобится степень кандидата наук (Doctor of Nursing Practice).

Роль практикующих медсестер вышла за пределы сестринской практики и включила применение технологий, традиционно считавшихся врачебными. Оттолкнувшись некогда от вопроса «Как вы сегодня себя чувствуете?», сегодня практикующая медсестра проводит полный сбор медицинской информации для определения диагноза. В рамках физикального обследования она измеряет температуру и давление, проводит полный осмотр пациента, инвазивные диагностические процедуры. Изменение в объеме сестринской практики стало настоящим прорывом для профессии – в 80-е гг. диагностика считалась прерогативой врача.

Наравне с дополнительным образованием и новыми клиническими навыками, к практикующим сестрам пришел и более высокий уровень ответственности за свои решения. Практикующая медсестра более не выполняла врачебных назначений, а определяла назначения самостоятельно и передавала их своим коллегам для выполнения. Разумеется, эти перемены вызвали немало критики. Тем не менее данные научных исследований позволили устранить сомнения в компетентности и профессионализме практикующих медсестер при оказании помощи пациентам.

Цель исследований состояла в оценке безопасности, компетентности, качества медицинской помощи, экономических затрат, степени принятия новой роли со стороны общества. Перечислить все исследования невозможно, поэтому заинтересованным читателям можно рекомендовать осуществить литературный поиск научных публикаций по исследованиям практикующих медсестер в интернете. Поиск можно сформулировать следующим образом: «Scholarly Articles for Nurse Practitioner Research».

В США роль практикующей медсестры определяется как медицинская сестра с расширенной областью прак-

тики. К числу таких специалистов также относятся медсестра-акушерка, медсестра-анестезист и медсестра клинический специалист. Все эти специальности признаны и регулируются национальным советом по сестринскому делу. Для каждой из них определен уровень образования и сфера практики. Поскольку в мире роль практикующей медсестры чаще обозначается в качестве медсестры с расширенной сферой практики, Международным советом медсестер и партнерством MCM по практикующим сестрам принято двойное обозначение этой специальности.

Многочисленные публикации, исследования, международные конференции породили необычайный всплеск интереса к роли практикующих медсестер. Дополнительным стимулом к изучению этой роли послужили растущие потребности обществ в качественной медицинской помощи. Утверждение

расширенной роли медицинской сестры произошло в США, что привлекло интерес лидеров сестринского дела всего мира. Во многих странах обеспечение врачебным персоналом остается недостаточным для оказания помощи всем нуждающимся. Демографические показатели и научные исследования также внесли вклад в повышение интереса к роли практикующих медсестер. Другим немаловажным фактором для министерств здравоохранения и образования стала экономическая эффективность подготовки практикующих медсестер. Исследования показали, что переподготовка опытной медсестры в практикующую обходится дешевле, чем подготовка врача. Специальная инициатива Всемирной организации здравоохранения «Scaling Up» по преумножению профессиональных медицинских кадров поддержала развивающиеся страны в стремлении подготовки самостоя-

тельно практикующих медицинских сестер, далее призванных оказывать медицинскую помощь наименее обеспеченным слоям населения и жителям труднодоступных районов.

Параллельно с приобретением знаний, клинических навыков, расширением сферы деятельности, способностью принимать важные и ответственные решения, практикующие медсестры

продемонстрировали иные подходы в оказании помощи пациентам в сравнении с врачами. Практикующие медсестры подобно медицинским сестрам рассматривают пациента в целом, нацелены на общее повышение качества жизни пациента и профилактику заболеваний, обучение пациента и членов его семьи. При врачебной помощи такой подход невозможен, поскольку холистический подход к пациенту не характерен для врачебного образования.

Последний факт подтолкнул многих медицинских сестер в США задуматься о дополнительной подготовке. Изначально сестринское сообщество негативно воспринимало роль практикующих медсестер, отождествляя новое движение с выходом за рамки сестринской профессии. Тем не менее проводимые исследования показали истинный характер деятельности и вклада практикующих медсестер как расширения сестринской помощи и развития уникальной роли медицинской сестры в системе здравоохранения США. Новая роль привела к трансформации системы здравоохранения. Сегодня практикующие медсестры рассматриваются в качестве одного из важнейших кадровых ресурсов здравоохранения и в качестве коллег, но не помощников врачебного персонала. Практикующие медсестры продемонстрировали научные основания для своей профессии, целесообразность и значение холистического подхода к заботе о пациентах. Сегодня практикующие медсестры работают в первичном секторе и госпиталях, на самостоятельном приеме и совместно с врачами общей практики, а также в специализированных отделениях по всей Америке. Созданная 47 лет назад роль практикующих медсестер изменила систему здравоохранения в США и сейчас продолжает свой путь во всем мире, привнося изменения в системы здравоохранения разных стран.

Самостоятельно практикующие медсестры внесли большой вклад в создание условий для равенства и доступности медицинской помощи в США и во всем мире. Благодаря партнерству медицинской сестры и врача, готовых внедрять и отстаивать модель практикующей медсестры 47 лет назад, движение медсестер в новую для себя сферу принесло пользу тысячам пациентов во всем мире.

С 2015 года в США практикующей медицинской сестре понадобится степень кандидата наук

МЕДИЦИНСКАЯ ОБЩЕСТВЕННОСТЬ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ ОТМЕЧАЕТ 10-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ АССОЦИАЦИИ

Успехи в развитии и признании сестринского дела в мире, непрерывный процесс углубления теоретических и научных знаний, совершенствование практических навыков специалистов стимулирует перемены в рамках профессии. Сестринское дело стало приобретать свободу, автономность и равноправие. В Республике Марий Эл сложился и действует актив людей, не боящихся перемен, ищущих, не желающих стоять на месте. В этом году мы отмечаем свой 10-летний юбилей, и хотим поделиться теми событиями и достижениями сестринского сообщества Республики Марий Эл, которые объединили нас в ассоциацию.

АССОЦИАЦИЯ в переводе с греческого означает «ОБЪЕДИНЕНИЕ». Жизнь показывает, что только сплотившись, можно успешно бороться за свои права. Первая общественная сестринская организация, Региональное отделение Ассоциации операционных сестер, именно так она тогда называлась, возникла в республике еще в 1995 году, благодаря энергии и целеустремленности тогда еще старшей операционной медицинской сестры РКГВВ, Е.Я. Кузьминых и поддержке главных и старших сестёр ведущих ЛПУ республики, преподавателей сестринского дела, сумевших оценить всю значимость и важность сестринского общественного движения. Региональное общественное отделение «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл» создана в Республике Марий Эл в феврале 2002 года. У истоков развития Ассоциации в Республике Марий Эл во главе с Евгенией Яковлевой стояли такие сестры-лидеры, как Чижова Т.М., Лужбина А.В., Поликарпова И.К., Пуртова Г.М., Сверчкова Л.С., Гиниятова М.З., Вдовина З.И., Возняк С.В., Золотова В.А.

Особая роль в становлении и развитии общественной организации принадлежит Ассоциации медицинских сестёр России. Благодаря РАМС стало возможным участие делегатов Республики Марий Эл в различных российских и международных проектах, съездах, конференциях, семинарах, конкурсах профессионального мастерства, исследовательских конкурсах.

Большую поддержку развитию ассоциации все эти годы оказывает Министерство здравоохранения Республики Марий Эл. Заключены соглашения о сотрудничестве ассоциации с Министерством здравоохранения и рескомом профсоюза работников здравоохранения республики, что позволяет координировать деятельность по формированию политики сестринского дела и социальной защите членов ассоциации.

С момента официального создания РОО «Ассоциация средних медицинских работ-

ников Республики Марий Эл» (2002 г.) объединяет 4407 человек, что составляет 59% от числа средних медицинских работников РМЭ.

Основные направления в работе по совершенствованию сестринского дела в РМЭ соответствуют целям и задачам РАМС. Это:

- содействие внедрению и поддержанию стандартов сестринского дела, стимулирование и поддержка самосовершенствования медицинских работников со средним специальным образованием;
- повышение теоретических знаний и практических навыков для оказания высококачественной сестринской помощи;
- создание условий для профессионального роста.

Планомерная деятельность ассоциации консолидировала усилия реформаторов и лидеров сестринского дела республики. Одно из приоритетных направлений работы ассоциации – решение профессиональных проблем медицинских сестер. В ассоциации функционируют 14 профессиональных секций. С целью повышения профессиональной компетентности специалистов со средним медицинским образованием с целью обмена опытом ежегодно ассоциацией проводятся различного рода мероприятия республиканского уровня по самым разнообразным темам – от инфекционной безопасности до психологических аспектов деятельности специалистов со средним медицинским образованием. Практически к каждой конференции готовится богатый информационно-методический материал, который предоставляется всем участникам конференции. Подобные разработки в дальнейшем становятся настольной книгой для специалистов со средним медицинским образованием.

Благодаря проекту РАМС «Лидерство в переговорах» и финансовой поддержке ассоциации Марий Эл реализованы республиканские проекты:

- открыт учебно-методический кабинет на базе Йошкар-Олинской городской больницы;
- проводится цикл занятий с сестрами-руководителями в рамках проекта «Школа лидеров»;
- начат выпуск собственного издания – газеты «Сестринское дело Республики Марий Эл». Газета содержит самую разнообразную информацию – о проведённых мероприятиях, новинках сестринских технологий, поднимает актуальные проблемы, и распространяется среди членов ассоциации бесплатно.

Заметным мероприятием прошедших лет, безусловно, стала международная кон-

ференция «Организация и управление в сестринском деле», прошедшая 11 августа 2009 года. Участие в ней приняли 630 делегатов из Москвы, Санкт-Петербурга, Республики Марий Эл, Астрахани, Омска, Самары и иностранные гости – представитель Шведской профессиональной сестринской организации Эвю Густавсон и президент сестринской ассоциации острова Маврикий Франсис Сапарраен, консультант Международного совета медицинских сестёр.

Ещё одним новым направлением в деятельности ассоциации стало создание в 2009 году Школы правильного ухода за тяжелооболными пациентами. Цель создания – улучшение качества жизни пациентов и семей, в которых находятся тяжелые больные. Занятия проводит подготовленная медсестра-координатор. Школа популярна среди медицинских работников и жителей Йошкар-Олы, в чьих семьях есть такая сложная проблема.

Другим приоритетным направлением деятельности профессиональной сестринской ассоциации является организация и проведение конкурсов профессионального мастерства по различной тематике. Республиканские конкурсы вызывают неизменный интерес со стороны членов организации.

Развитие сестринского дела диктует определенные требования к статусу и деятельности медицинской сестры. Основой профессионализма является соблюдение специалистами этических норм, чему ассоциация также уделяет серьезное внимание. Вопросы этики поднимаются на всех конференциях и семинарах.

На средства ассоциации оформляются информационные стенды для персонала и пациентов медицинских учреждений, преподавателей и учащихся образовательных учреждений. Например, 17 таких стендов было подготовлено на тему «Туберкулез – коварный враг человека»; 6 стендов было оформлено по итогам республиканских конкурсов профессионального мастерства.

Кроме оформления стендов, снимаются видеофильмы. Например, снят информационный видеофильм «Внимание: туберкулез», диски с записью которого переданы в 30 ЛПУ республики для организации санитарно-просветительной и профилактической работы, студентам Йошкар-Олинского медицинского колледжа и отделения повышения квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием.

Особым разделом работы ассоциации является проведение конкурсов по исследовательской работе в сестринском деле, а также представление исследователь-

ских работ на всероссийские конкурсы. Это новое направление работы ассоциации. Исключительно важно, что исследовательская деятельность медсестер подерживается и продвигается со стороны национальной ассоциации. В Республике Марий Эл эта инициатива всецело подерживается. Мы убеждены, что исследования выведут сестринскую профессию на новый уровень, позволят достичь существенного повышения качества медицинской помощи.

Ассоциация РМЭ гордится тем, что ее члены – активные участники и всевозможных Всероссийских профессиональных конкурсов. Мы всегда рады не только приобретению ценных знаний, но и возможности поделиться тем хорошим, что создано, разработано и внедрено в жизнь медицинскими сестрами Марий Эл.

Без сомнения, каждый из нас желает получить от профессиональной деятельности моральное удовлетворение и материальные блага. К сожалению, не все понимают, что для этого необходимо признание профессии представителями власти, осознание руководителями здравоохранения того, что сестринская профессия несет собственную уникальную миссию по осуществлению сестринского ухода, окружению пациента достойной заботой и вниманием. Нет, в большинстве случаев в медицинских сестрах продолжают видеть только исполнителя врачебных назначений. В этом нежелании понять суть сестринской профессии кроются многие проблемы современности – невнимание к проблеме дефицита кадров, к качествен-

ному материальному обеспечению практики, к закреплению и наделению достойными полномочиями специалистов с ВСО.

Ассоциация создана в том числе и для того, чтобы преодолеть стену непонимания. Поэтому, республиканская ассоциация проводит большую работу с общественностью и властями региона посредством привлечения их внимания к нуждам специалистов, к достижениям профессии, к тем проблемам, которые наиболее остро стоят на повестке дня. Сегодня мы объединяем 59% медицинских работников отрасли, но важно, чтобы эти цифры росли, чтобы все специалисты осознали, что будущее профессии, ее развитие во многом зависит от того, насколько силен голос их профессиональной организации. Для общества и органов власти главный показатель значимости – это наша численность. Поэтому наша задача сделать так, чтобы каждый специалист понял и свою личную ответственность за профессию, внес собственный вклад в защиту ее интересов.

В заключение хочется сказать, что за эти годы ассоциацией проделана колоссальная, трудная, но достойная работа, и это стало



возможным благодаря единомышленникам. Все положительные перемены в сестринском сообществе Республики Марий Эл являются свидетельством правильных приоритетов ассоциации по совершенствованию сестринской практики, признанию медицинской сестры как партнера. Самое главное, специалисты республики сегодня могут наглядно убедиться в продуктивности работы ассоциации в том, что она несет положительные перемены на рабочих местах, что это становится возможным благодаря единству.

Поздравляем всех членов ассоциации Республики Марий Эл с 10-летним юбилеем и желаем новых достижений, профессиональных успехов, вдохновения, энергии и упорства в нелёгком, но благородном деле!!!

Кузьминых Евгения Яковлевна – председатель Региональной общественной организации «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл», главный специалист по сестринскому делу Министерства здравоохранения РМЭ, главная медицинская сестра ГБУ РМЭ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войны». Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации и Республики Марий Эл; отличник здравоохранения СССР, ветеран труда, член Правления РАМС.

Свой профессиональный путь начала в 1964 году операционной сестрой. Прошла все этапы становления специалиста – старшая операционная сестра, главная медицинская сестра, главный специалист по сестринскому делу Министерства здравоохранения. Инициатор создания общественных организаций в Республике Марий Эл: в 1995 году «Региональное отделение ассоциации операционных сестёр России»; в 2002 году РОО «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл».

В июне Евгения Яковлевна отмечает свой прекрасный юбилей – от всего медицинского сообщества Республики Марий Эл хотим поздравить её:



Глубокоуважаемая Евгения Яковлевна!

Вы как лидер взяли на себя ответственность за продвижение реформ сестринского дела в республике и добились несомненных успехов. Ваша многолетняя плодотворная деятельность направлена на достижение нашей общей цели – воспитание профессионалов сестринского дела, личностей, готовых к самообразованию и саморазвитию. Помимо обширных знаний, богатого опыта Вы обладаете высоким творческим потенциалом, умением отстаивать собственную позицию и видеть перспективы. Это качества настоящего лидера!

Вы умело ведете за собой сестринское общество республики для достижения поставленных целей, создаете атмосферу доверительного сотрудничества и творчества. Высокая эрудиция, обостренное чувство долга, целеустремленность, высокая работоспособность, личное обаяние и умение тактичного общения с людьми – главные составляющие Вашего таланта руководителя. Ваши преданность сестринскому делу, сердечность, скромность, доброжелательность, принципиальность снискали уважение и признательность коллег, любовь и уважение пациентов.

В день Вашего юбилея искренне желаем Вам крепкого здоровья, хорошего настроения, большого личного счастья, благополучия всегда и во всём.

Мы уверены, что впереди у Вас ещё много лет и возможностей для реализации Ваших творческих замыслов в области организации и совершенствования сестринского дела. Пусть каждый день Вашей жизни будет ярким и солнечным и будет хоть маленькая, но радость, доброе удивление, что жизнь прекрасна несмотря ни на что.

Координационный совет РОО АСМР РМЭ, исполнительный директор РОО АСМР РМЭ Е.В. Попова, Правление РАМС

РЕФОРМА ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ: ОЖИДАНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

4-6 апреля в Москве состоялось долгожданное событие – обсуждение вопросов развития сестринского образования на уровне высшей школы. ФГОС по направлению подготовки 060500 «Сестринское дело» (бакалавриат) был утвержден еще в начале 2010 года, однако детальные шаги по его внедрению до настоящего времени не обсуждались.

Ассоциация медицинских сестер России не раз настаивала на том, что содержание высшего образования необходимо пересматривать. Повышение качества работы сестринского персонала не может происходить только за счет совершенствования механизмов управления. Сестры должны получать более глубокую подготовку по клиническим дисциплинам, становиться специалистами своего дела, быть способными проводить исследования, пополнять багаж науки, заниматься внедрением доказательной медицины.

Преподавателями сестринского дела также должны быть только медицинские сестры. С точки зрения ассоциации, суть реформы должна быть в том, чтобы высшее сестринское образование стало более доступным, чтобы подготовка велась не только с целью сформировать эшелоны будущих главных сестер, но и усилить и профессионально укрепить клиническую сестринскую практику и образование.

К настоящему времени факультетами ВСО уже начата работа по формированию учебно-методического обеспечения направления подготовки 060500 «Сестринское дело» (бакалавриат). Разработаны примерный учебный план, проекты примерных образовательных программ профессиональных дисциплин.

Совещание обратилось в адрес МЗСР с предложением о введении статистического учета уровня образования руководителей сестринских служб, что позволит делать более обоснован-

ные выводы о востребованности таких специалистов на практике. Кроме того, участники совещания занесли в резолюцию требование об отражении текущих потребностей практического здравоохранения в использовании инновационной части образовательных программ, а также о включении в образовательные программы вопросов научно-исследовательской работы сестринского персонала.

Совещание обратилось в адрес МЗСР с предложением о включении в государственное задание цифр приема студентов на образовательные программы по специальности «сестринское дело», т. е. появилась надежда на восстановление бюджетных мест для получения ВСО теперь уже по новому ФГОС. Министерству также предстоит провести работу с нормативными документами для включения новой специальности в действующие отраслевые приказы от 7 июля 2009 г. № 415н и от 23 июля 2010 г. № 541н. Ректорам вузов поручено осуществлять подготовку по данному направлению в рамках Институты сестринского образования (колледжей), созданных на базе университетов. Таким образом, многие предложения РАМС были услышаны и уже начали воплощаться в жизнь.

Тем не менее не обошлось на заседании и без обсуждения «острых» тем.

Открывая совещание, министр здравоохранения и социального развития Т.А. Голикова сообщила о глобальной нехватке сестринских кадров, достигающей по данным ведомства 800 тыс. человек. В ответ на кадровый дефицит Министерством был издан приказ, разрешающий студентам медицинских вузов работу в сестринских должностях. Аудитория участников совещания встретила это нововведение активной поддержкой. Однако президент РАМС В.А. Саркисова в своем выступлении выразила несогласие ассоциации с этим решением. Медицинская сестра для получения допуска к работе заканчивает профильное образование, сдает государственный экзамен, проходит соответствующую практику, поступив на работу в течение нескольких месяцев, работает в паре с опытным наставником; студенты такой всесторонней подготовки будут лишены, следовательно, их массовый приход в ЛПУ будет нести серьезные риски здоровью пациентов. В ближайшее время ассоциация планирует изучить этот вопрос более досконально и представить в адрес Министерства развернутые аргументы. Организация убеждена, что с дефицитом сестер справиться можно только за счет комплексных программ поддержки сестринских кадров и повышения престижа сестринской профессии.



ЛИДЕРСТВО – ЭТО ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ТРУД

В этом на все 100% убеждена Валентина Антоновна Саркисова, президент Ассоциации медицинских сестер России, отметившая 21 мая свой юбилей. В профессию медицинской сестры она пришла в 1964 году, начав свою карьеру в инфекционном отделении Каспийской ЦРБ, а затем продолжив ее в хирургическом отделении Ставропольской горбольницы, где в уникальной атмосфере единства медицинской науки и практики оперировали именитые специалисты своего времени. Работа всего коллектива отделения была проникнута духом глубокого взаимного уважения; высоко ценился вклад каждой медицинской сестры, каждой санитарки. Усвоенный Валентиной Антоновной в первые годы работы опыт вылился в твердое убеждение – выздоровление пациента достигается за счет равного и совместного вклада всех специалистов.

В 1970 году Валентина Антоновна уже медицинская сестра отделения реанимации, сначала в одной из районных ЦРБ, затем – в Ленинградской областной клинической больнице. Здесь начался путь уже не только профессионала, но и будущего лидера, здесь первую высокую оценку получили организаторские способности, энтузиазм, стремление довести работу сестринского персонала до совершенства. Всего по прошествии месяца работы Валентина Антоновна по-



лучила от заведующей отделением предложение занять должность старшей медицинской сестры. В 1992 году, уже будучи опытной главной сестрой, участником инициативной группы по созданию в России первой общественной организации медицинских сестер, Валентина Антоновна была избрана ее первым президентом. Она с головой ушла в совершенно новое для себя дело – совещания в Министерстве здравоохранения, встречи с коллективами медицинских сестер в России, тесное общение с коллегами из других стран, разработка Программы развития сестринского дела, первых стандартов практической деятельности, обсуждение Этического кодекса медицинской сестры, организация всероссийских конференций и съездов, работа в руководящих органах и научных комитетах Европейских и международных организаций. На этом пути Валентине Антоновне пришлось столкнуться с множеством вызовов, преодолеть массу препятствий и все это ради одной цели – чтобы государство обратило внимание на тяжелый труд медицинской сестры, на положение сестринского дела, на острую необходимость реформ, поддержки, возрождения профессии. На этом же пути ей довелось встретить и тех, кто был готов прийти на помощь, помочь советом, просто добрым словом. Многие из этих людей давно оставили профессиональное поприще, но каждый из них оставил добрый след в сердце главной медицинской сестры России, которая помнит и глубоко ценит поддержку каждого.

За годы управления ассоциацией Валентина Антоновна многое сделала и многому научилась, и, очевидно, раскрыла секрет успешного лидерства. Быть лидером – значит не только быть непрерывно на связи со всеми вокруг, быть экспертом в любом вопросе, служить примером и образцом для всех и каждого, быть способным прислушаться к чужому мнению, поступить неожиданно и нестандартно. Это значит – быть готовым в любой момент времени сделать серьезный политиче-



ский шаг, принять сложное решение, отстаивать мнение организации в любых обстоятельствах, выражать протест в адрес официальной власти, брать всю полноту ответственности на себя. Справиться с такой ношей под силу только исключительно мудрому и несокрушимо, мужественному и отважному человеку. Каким же уникальным характером надо обладать, чтобы при всем этом оставаться заботливой и нежной супругой, верным и надежным другом!

Правление и национальный офис Ассоциации медицинских сестер России сердечно поздравляют Валентину Антоновну с юбилеем! Хотим пожелать Вам, чтобы армия Ваших сторонников, готовых столь же искренне отстаивать интересы медицинских сестер, росла с каждым днем, чтобы с помощью соратников Вам по плечу становились задачи любой сложности, чтобы Вам удалось воплотить в жизнь все задуманное. Вашему имени суждено навсегда войти в историю развития сестринского дела в России, и мы гордимся тем, что отдельные страницы этой истории писали вместе с Вами! Крепкого Вам здоровья, благополучия, счастья и процветания!

ПОДГОТОВКА ЭНДСКОПА ДЛЯ

Код технологии	Название технологии: Подготовка эндоскопа для очистки
1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1	Перечень специальностей допущенных к выполнению услуги Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: <ul style="list-style-type: none"> • Сестринское дело. • Операционное дело.
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу <ul style="list-style-type: none"> • Повышение квалификации каждые 5 лет. • Обучение персонала на рабочем месте при поступлении новых эндоскопов и их комплектующих. • Ежегодная аттестация медперсонала эпидемиологом ЛПУ. Временный персонал не допускается к очистке или дезинфекции инструментов.
2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги <ul style="list-style-type: none"> • Процедура выполняется с соблюдением мер безопасности пациента и персонала. • При выполнении процедуры строго поддерживать асептические условия.
3. Условия выполнения простой медицинской услуги	
	<ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторно-поликлинические. • Стационарные.
4. Функциональное назначение простой медицинской услуги	
	<ul style="list-style-type: none"> • Профилактическое.
5. Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения <ul style="list-style-type: none"> • Эндоскоп, осветитель, контейнер для воды, емкость для аспирации биологических жидкостей, щетки для очистки каналов, форцепты, катетеры, адаптеры для очистки каналов воды и воздуха, защитные видеоколпачки при применении видеоэндоскопов, тестер, емкость.
5.2	Реактивы <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствуют.
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствуют.
5.4	Продукты крови <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствуют.
5.5	Лекарственные средства <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствуют.
5.6	Прочий расходный материал <ul style="list-style-type: none"> • Средства индивидуальной защиты персонала: перчатки, непроницаемый халат, очки, лицевой щиток, фартук). Емкость и дезинфицирующее средство для дезинфекции использованных перчаток и салфеток, пакет для сбора медицинских отходов класса Б.
6. Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
Алгоритм подготовки эндоскопа для предварительной очистки	
I. Подготовка к процедуре	
1. Подготовить необходимое оснащение.	
2. Емкость не менее 500 мл: <ul style="list-style-type: none"> – средство для предстерилизационной очистки; – салфетки; – защитный видеоколпачок. 	
3. Провести обработку рук, высушить. Надеть перчатки.	

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ОЧИСТКИ

II. Выполнение процедуры

1. Сразу после извлечения аппарата, рабочая часть эндоскопа протирается в направлении от блока управления к дистальному концу салфеткой с раствором моющего средства.
2. Салфетки после использования дезинфицируются в емкостях с крышками.
3. Дистальный конец эндоскопа опускается в емкость с раствором средства и попеременно аспирируется раствор и воздух через аспирационный канал (200 мл раствора).
4. Завершается процедура аспирацией воздуха.
5. Промывается инструментальный канал моющим средством при помощи шприца.
6. Промываются и продуваются каналы вода-воздух и вспомогательный канал.

III. Окончание процедуры

1. Отсоединяется эндоскоп от источника света, видеопроцессора и отсоса.
2. На эндоскоп надевается защитный видеоколпачок (если применялся видеоэндоскоп).
3. Эндоскоп переносится в закрытой емкости в помещение для обработки.
4. На емкости для транспортировки указывается время окончания предварительной очистки эндоскопа.
5. Проводится тест на герметичность.

7. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

- для удаления биологического материала из внутренних просветов эндоскопа проводится поочередное просасывание каналов жидкостью и воздухом, как наиболее эффективное. *(Немедленное промывание всех каналов эндоскопа предотвращает высушивание органических и неорганических остатков.)*

* Емкости и раковины должны быть достаточно вместительными, чтобы не повредить эндоскоп.

8. Достигаемые результаты и их оценка

- Отсутствие видимых загрязнений на поверхности эндоскопа.
- Чистая промывная вода из каналов.

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

- Не требуется.

10. Параметры оценки и контроля качества выполнения методики

- Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения методики.
- Отсутствие видимых повреждений оборудования после проведения процедуры.

11. Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги

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

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

- Инструкция с рекомендациями производителя эндоскопа.
- Действующие методические рекомендации, СанПин по очистке, дезинфекции и хранению эндоскопов.
- Действующие методические рекомендации, СП 3.1.2659-10 «Изменения и дополнения № 1 к санитарно-эпидемиологическим правилам СП 3.1.1275-03 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях».

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

- Отсутствует.

НАС ПРИНЯЛИ В ЕВРОПЕЙСКУЮ АССОЦИАЦИЮ ОПЕРАЦИОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР – ЭТО ПРИЗНАНИЕ!



Н.Д. Фалеева,
руководитель Красноярской
региональной ассоциации средних
медицинских работников,
председатель секции «Операционное
дело» РАМС, главная медсестра
краевого госпиталя ветеранов войн

Вступление в мировое профессиональное сообщество – это признание нас, как равноправных членов большой команды специалистов; признание нашей ежедневной работы на благо здоровья ЧЕЛОВЕКА. А еще это огромный труд Ассоциации медицинских сестер России, на протяжении 20 лет заявляющей о медицинской сестре, о проблемах нашей профессии и о ее достижениях, 20 лет обращений и призывов, круглых столов, форумов и конференций, 20 лет профессионального роста!

26–29 апреля 2012 года в столице Португалии Лиссабоне проходил Европейский Конгресс операционных медицинских сестер. Российская делегация – Президент РАМС Валентина Антоновна Саркисова, менеджер между-

народных проектов Серебренникова Наталья, председатель секции «Операционное дело» Наталья Дмитриевна Фалеева и представители Центра сердечно-сосудистой хирургии, члены ассоциации из Красноярска, главная медицинская сестра Центра Наталья Викторовна Быкова, старший операционный медбрат Центра Андрей Викторович Зарубин 24 апреля поздно ночью прилетели в Лиссабон, и уже утром следующего дня встретились с членами Правления EORNA.

Шестью месяцами ранее ассоциацией был подготовлен пакет документов для вступления в эту Европейскую организацию – Свидетельство о регистрации в Министерстве юстиции РФ, переведенный и нотариально заверенный устав, план работы, состав руководящих органов, круг их полномочий, структура региональных ассоциаций в составе РАМС. Все документы были тщательно изучены, после чего поступило приглашение принять очное участие в заседании правления EORNA.

Заседание было насыщенным и динамичным: краткие приветствия и представления участников сменились четким обсуждением повестки дня – отчетами президента, секретаря, вице-президентов организации. Это достаточно традиционная схема работы, знакомая лидерам Ассоциации медицинских сестер России и ее региональных организаций. Тем не менее вслед за руководителями EORNA отчитыва-

лись уже все члены расширенного Правления организации (аналогией чему в РАМС, например, служит Координационный совет). Каждая национальная организация докладывала о своем вкладе в реализацию задач общеевропейского объединения.

Затем слово было предоставлено России. Валентина Антоновна кратко доложила об истории развития взаимоотношений РАМС и EORNA о том, что в российской ассоциации была сформирована специализированная секция операционных сестер, выбрано ее руководство, принято решение о более тесном сотрудничестве с коллегами в Европе.

После тревожного ожидания за пределами зала, в котором проходило обсуждение членства России в EORNA, нас пригласили и торжественно огласили положительное решение. Президент EORNA Кэролин Хиггинс официально поздравила российскую делегацию и отметила важность вступления нашей ассоциации в европейскую, выразила надежду на продуктивное сотрудничество и обмен опытом. Затем поздравления поступали и от отдельных стран – членов EORNA.

Помимо ответственности, член Правления должен обладать высокой работоспособностью – все члены Правления работают в определенных комитетах, в зависимости от своего опыта и сферы профессиональных интересов. Россия вошла в состав комитета по профессио-



нальной практике. Нам предстоит вникнуть в общеевропейское обсуждение вопросов развития профессиональной практики, безопасности и качества операционной сестринской помощи.

Что даст нам, операционным сестрам России, членство в Европейской ассоциации? ОБЩЕНИЕ – это самое ценное! Общение для обмена опытом, для выражения своего мнения, участия в разработке значимых документов, для ведения переговоров о внедрении современных стандартов в отечественном здравоохранении. Нам необходимо консолидировать работу региональных секций и решать вопросы профессии на качественно новом уровне.

Правление взаимодействует с ВОЗ, крупными корпорациями, производителями изделий медицинского назначения, участвует в создании, коррекции и аккредитации образовательных программ. На сегодняшний день операционные сестры нашей страны полноправно могут участвовать в этой работе через представительство в Правлении европейской ассоциации.

Общаясь с операционными сестрами разных стран, проговаривая наши профессиональные приоритеты, проблемы, этические ценности и требования к образованию, мы нашли много общего. Однозначно, у всех нас общие задачи – безопасная среда для пациента, лозунг «Безопасная хирургия спасает жизни» актуален для всех стран мира, умение работать в команде, коммуникация, стандартизация и другие значимые направления развития операционного дела ставят перед операционными сестрами всех стран единую цель – спасение человечества от бед!

Вслед за заседанием Правления EORNA состоялся Международный конгресс операционных сестер, участие в котором ПАМС принимала уже на правах полноправного члена. Масштаб и организация мероприятия восхищает – грандиозное открытие, присутствие министра здравоохранения Португалии, специального представителя ВОЗ по вопросам безопасности пациентов, делегаций более чем 30 стран, все говорит о высоком престиже профессии операционной медицинской сестры и ее значимости в здравоохранении всех стран.

Делегаты конгресса, 1300 представителей, отметили профессиональную составляющую докладов. Тематика затрагивала все аспекты деятельности операционной бригады – от информационных технологий до робототехники. Широкое представительство фирм, производителей медицинской техники, белья, изделий медицинского назначения позволило познакомиться с новинками, поучаствовать в опросе удовлетворенности качеством.

Мы улетали из красивой, уютной Португалии теплым дождливым утром... Увозили массу впечатлений, знакомств, профессиональной информации, зарядившись позитивной идеей и желанием большой работы. А еще мы очень верили, что наша русская примета о дожде в дорогу станет для нас пророческой.



УПРАВЛЯТЬ – ЗНАЧИТ ПРЕДВИДЕТЬ

1 июля 2012 года отметили юбилей одна из выдающихся женщин земли Кузбасской, Дружинина Тамара Васильевна – заслуженный работник здравоохранения, главный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области, президент Ассоциации медицинских сестер Кузбасса, член общественной палаты Кемеровской области, член правления ПАМС, председатель Профессионального комитета ПАМС, член профильной комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения МЗ и СР Российской Федерации.



Родившаяся в прекрасном, сказочном Краснодарском крае, впитав в себя энергию этой земли, солнца и моря, эта красивая и сильная женщина привезла в наш суровый сибирский край своё огромное желание, упорство, веру в реализацию самых немислимых идей и самое главное безграничную любовь к людям.

Можно очень много говорить об этом уникальном человеке, но красноречивее всего говорят её дела и достижения нашей организации, которые известны во всей России под многолетним руководством Тамары Васильевны.

Прекрасный управленец, дальновидный руководитель, великолепный педагог, пылкий исследователь, просто душевный, не безразличный ни к людям, ни к делам человек. Залог её успеха в умении создать и возглавить команду единомышленников, способную решать самые сложные задачи, способность идти на риск, повести за собой тысячи специалистов. В совершенстве владеющая и словом, и мыслью, она всегда повторяет нам: «Надо жить не старыми заслугами, а новыми задачами, уже сегодня делать то, о чем другие будут думать завтра, а усомниться в этом, значит, утратить силу».

Нам всем, её многотысячному коллективу медицинских сестер, фельдшеров, акушерок, лаборантов, хочется передать тепло наших сердец, поддержку и понимание, пожелать терпения, здоровья, везения, хорошего настроения и ни при каких обстоятельствах не терять веру ни в себя, ни в людей.

И как бы не казались наши слова пафосными, будьте с нами и умом, и сердцем, и душой.

На губернаторском приеме в честь празднования Международного дня медицинской сестры за неоценимые заслуги и деятельность, которая принесла значимые для области результаты Дружинина Тамара Васильевна была награждена золотым знаком «Кузбасс».

**Правление ПАМС,
Ассоциация медицинских сестер России**

У войны не женское лицо...



Белосува Светлана Ильинична, 1971 года рождения. Операционная медицинская сестра высшей категории. Командировка в Чеченскую Республику в составе медицинского отряда ГУФСИН России с 12.10.99 по 11.12.99. Наведение конституционного порядка. Ветеран боевых действий

Обычное дежурство, суббота. Телефонный звонок прозвенел тоже обычно: «Срочное распоряжение. Командировка в Чеченскую Республику, кто поедет?» Кто? Я поеду, но мне обязательно надо мужа предупредить, ведь ему предстоит остаться с маленьким сынишкой на время моей командировки – так Светлана Ильинична Белосува попала на войну...

Светлана родилась и выросла в Бурятии, в 1989 году, закончив Улан-Удэнское базовое медицинское училище, приехала в Красноярск, поступила на работу в городской онкологический диспансер операционной медицинской сестрой. Работа увлекла, захватила и заставила полюбить себя, ведь каждая борьба за жизнь на операционном столе – это твой вклад в спасение человека. В спокойные минуты ночных дежурств Светлана зачитывалась книгами о войне, девчонки про любовь, фантастику, детективы, а она о войне.

Работа в операционном блоке Краевой больницы ГУФСИН России сочетает в себе военную форму и медицину, с 1996 года и по настоящее время Светлана Ильинична работает операцион-

ной медицинской сестрой в пенитенциарной системе.

«Наш медицинский отряд ГУФСИН, в составе отряда спецназа выполнял задачи по наведению конституционного порядка, оказанию медицинской помощи бойцам отряда и местному населению. Дислоцировались мы в нескольких километрах от места боевых действий, жили в палатках, готовили на костре еду. Что мне запомнилось особенно? Приказ стрелять при любой опасности... Но как я могу убить человека?»

Ближе к концу командировки нас разместили в брошенных казармах, здесь уже и баня была, и еда готовилась подомашнему! Бойцы спецназа оберегали меня, говорили, что основная их задача – вернуть меня здоровой и такой же красивой моей семье. Благодарю их за мужество, они настоящие».

Светлана обладает главным женским качеством – добротой! Профессионализм и надежность ценят в ней коллеги, ее уважают хирурги за глубину знаний, спокойную, деловую обстановку в операционной, ее обожают подруги за умение дружить.

«Наша профессия и в мирное время может окунуться в страшное состояние человечества – войну. Самое большое мое жела-

ние – пусть никогда наши дети не узнают, что такое война. Я ничего особенного не совершила, я просто выполнила свой профессиональный долг».

Сегодняшние будни Светланы Ильиничны посвящены не только любимой работе, она одержима созданием экспозиции в музее ГУФСИН, посвященной всем участникам боевых действий, работает в архиве, встречается и записывает воспоминания, собирает фото- и документальные материалы.

«Хочу, чтобы эта страничка войны осталась и после нашего ухода, пусть медицинские сестры наших дней знают и понимают, боевые действия любого масштаба – это выполнение их профессионального долга, ведь профессия у них особенная».

Светлана согласилась поговорить со мной о себе и о войне, мы не заметили пролетевших трех часов. Улыбчивая, скромная молодая женщина, мама двоих сыновей, любимая дочь, жена, сестра. Я смотрела на нее, все больше и больше понимая: нет, у войны не женское лицо...

**Наталья Фалеева,
руководитель региональной
ассоциации средних
медицинских работников.**



Психологические особенности и концепция качества жизни лиц, находящихся на лечении программным гемодиализом



■ **Сахань Екатерина Григорьевна,**
медсестра диализного зала,
Ленинградская областная клиническая
Больница, отделение гемодиализа № 1

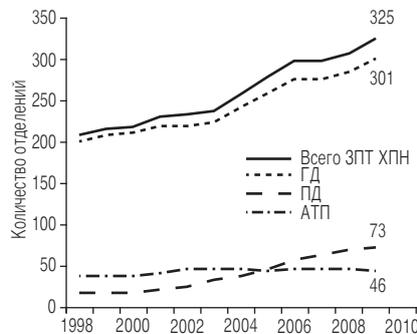


Рис. 1. Количество отделений/центров, обеспечивающих лечение больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности в 1998–2009 гг. (ГД – отделения/центры гемодиализа, ПД – отделения перитонеального диализа, АТП – отделения/центры, имеющие право выполнять трансплантацию почки)

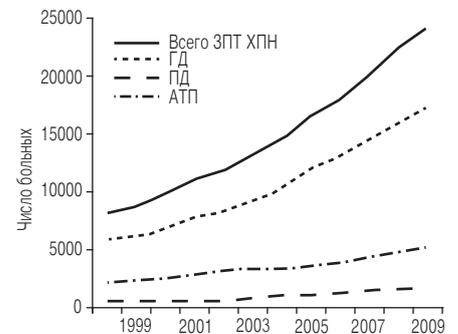


Рис. 2. Динамика числа больных с терминальной хронической почечной недостаточностью, обеспеченных заместительной почечной терапией (Российская Федерация, 1998–2009 гг.). ГД – программный гемодиализ, ПД – перитонеальный диализ, АТП – реципиенты с функционирующим трансплантатом почки

Введение

При хронических заболеваниях почек проводить гемодиализ начинают, когда почечная недостаточность уже не поддается консервативному лечению, переходит в терминальную стадию и полностью исчерпываются возможности поддержания удовлетворительного гомеостаза (появляются симптомы уремии и интоксикации). Гемодиализ проводят с помощью аппарата искусственной почки. В основе его работы лежат принципы фильтрации, позволяющей удалить из плазмы крови такие вещества, как мочевина, креатинин, мочевая кислота и т. д. Также с помощью диализа из организма выводится избыток воды и токсические вещества. Благодаря гемодиализу у больных с тяжелыми заболеваниями почек появилась возможность существенно улучшить качество жизни и продлить ее. Без этого аппарата они были бы просто обречены. В настоящее время в случае своевременного обращения за помощью, жизнь таких больных исчисляется годами.

Статистические данные по России

Как мы видим из рисунков 1 и 2, количество больных с ХПН, нуждающихся в гемодиализе, неуклонно растет, от-

крываются новые диализные отделения и центры, соответственно увеличивается количество людей, нуждающихся в психологической помощи, круг обязанностей медсестры диализного отделения постоянно расширяется, так как пациенты несомненно нуждаются в специализированной, в том числе и психологической помощи. Именно поэтому так велика роль медицинских сестер в обеспечении качества жизни и поддержании психологического здоровья лиц, находящихся на лечении

программным гемодиализом. С тем чтобы помощь была квалифицированной, медицинским сестрам отделений гемодиализа необходимо четко осознать, с каких родов психологическими проблемами сталкиваются их пациенты.

Общие психологические проблемы гемодиализных больных

Образ жизни диализных больных в высшей степени ненормален, паци-

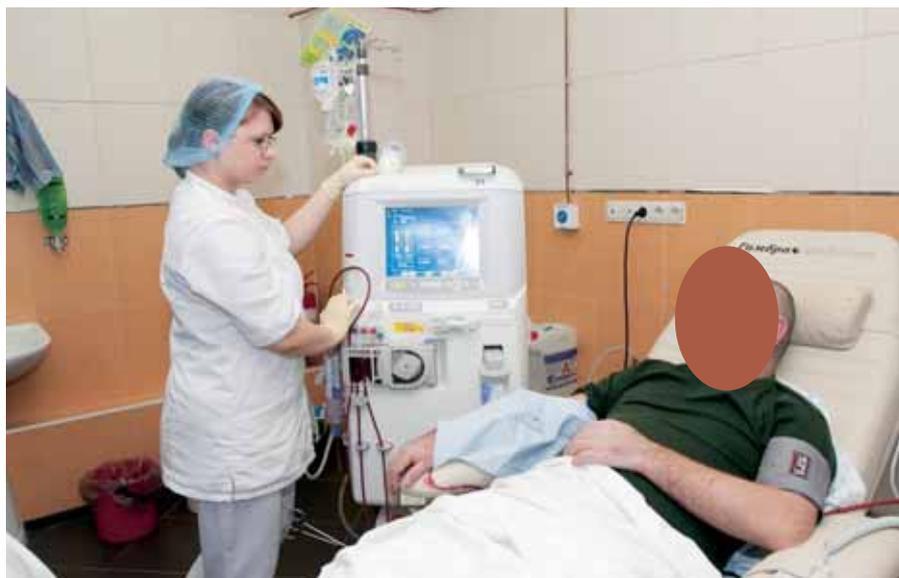


енты, как никогда ранее в истории развития медицинских технологий, привязаны к аппарату искусственной почки. Все они отмечают унизительную зависимость от процедуры гемодиализа, медицинского персонала и других стрессовых факторов. Приблизительно 10% пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью имеют расстройства психики. Возможно, эта цифра занижена, частота психических отклонений у данной категории больных недооценена.

Наиболее частой причиной психогенных расстройств у больных при лечении гемодиализом являются психотравмирующая ситуация неясности перспектив лечения, неуверенность в завтрашнем дне. У 65% больных имеются опасения за будущее в связи с болезнью. 84% больных отождествляют понятия здоровье и счастье, то есть здоровье становится главной жизненной ценностью (Петрова Н.Н., Васильева И.А., Козлов В.В., 1992).

Наиболее важными психологическими проблемами, выявляемыми у диализных больных, являются депрессия, деменция, лекарственная и алкогольная зависимость, тревога и расстройства персонализации. Иногда у пациентов выявляются и психотические расстройства. Проблемой может стать и отсутствие сотрудничества со стороны пациентов и родственников. Расстройства половой функции, например, могут быть весьма значимы для больного и незаметны для персонала. Сложности с трудоустройством и реабилитацией также представляют проблему для больного, особенно если это относится к пожилым пациентам.

Наиболее значимой проблемой остается **депрессия**, так как в нераспознанных случаях, когда не было начато своевременное лечение, она может прогрессировать до суицида и отказа от диализного лечения. Депрессия – наиболее частое психологическое отклонение у диализных больных, обычно является реакцией на действительную, угрожающую или воображаемую утрату. Манифестация депрессии включает персистирующее угнетенное состояние, снижение самооценки, ощущение беспомощности. Соматические осложнения не редки и проявляются нарушением сна, изменениями аппетита и массы тела, сухостью во рту, запо-



рами, снижением полового влечения и потенции.

Суицид. Примерно 1 из 500 диализных пациентов кончает жизнь самоубийством. Гораздо большее количество больных совершают одну попытку самоубийства и более. Неустановленное число случаев смерти диализных больных вследствие несоблюдения диеты, рекомендаций врача и нарушения предписанной диализной программы (сокращение диализа, пропуск процедуры) может также рассматриваться как результат суицидальных намерений, осознанных или неосознанных. Необходимо принимать во внимание повышенный риск суицида в данной популяции больных.

Деменция и делириозное состояние. Деменция и делириозное состояние могут быть связаны с интеркуррентным заболеванием (гипотиреозом, гиперпаратиреозом, септицемией, гипогликемией); с неврологической патологией (заболеваниями сосудов мозга, нейросифилисом, субдуральной гематомой); с приемом ряда медикаментов; с употреблением алкоголя или отказом от него; с недостаточностью диализа.

Отсутствие сотрудничества со стороны пациента. Раздражительность – обычное явление у больных с хроническими заболеваниями, поэтому неудивительно, что определенная часть диализных пациентов отличается поведением, вызывающим недовольство у медицинского персонала. Лучшее всего не реагировать на подобное провоцирующее поведение паци-

ента, а постараться выслушать и понять его. Часто причины раздражительности пациента и отсутствия у него склонности к сотрудничеству непонятны самому больному, а выявление этих причин требует тщательного изучения домашней и рабочей обстановки. Однако ни при каких обстоятельствах нельзя терпеть поведение больного, которое может представлять опасность для других пациентов или медицинского персонала.

Проблема реабилитации. Около двух третей диализных пациентов не возвращаются к работе, которой они были заняты до развития почечной недостаточности. Способность человека вернуться к активной трудовой деятельности во многом зависит от его социально-экономического положения, тяжести заболевания и своевременности начала диализного лечения. Профессору или бизнесмену гораздо легче сочетать работу с диализным лечением в сравнении с человеком физического труда вследствие гибкости рабочего графика и отсутствия потребности в больших физических усилиях. В общей массе женщины имеют больше возможностей найти себе применение, особенно замужние, которые могут вернуться к ведению домашнего хозяйства. Однако физические ограничения могут вынуждать больного отказываться от выполнения даже легкой домашней работы. Потеря работы является тяжелым ударом для всех, но особенно для мужчин, чье понятие мужественности нередко связано с делом, которым они занимаются.

Механизмы психологической защиты у больных, находящихся на лечении гемодиализом

Хроническое соматическое заболевание, как известно, накладывает ограничения на многие стороны жизни больного. Поэтому возникает необходимость адаптации личности к новым условиям существования, большое значение в которой принадлежит психологической защите.

В результате исследования механизмов психологической защиты (МПЗ) у диализных пациентов (Лебедев Б.А., Петрова Н.Н., Васильева И.А., 1991), выделены четыре типа психологической защиты: вытеснение, рационализация, переключение и уход.

Примером **вытеснения** субъективно значимых переживаний могут служить следующие ответы больных на вопрос о будущем: «буду бабушкой», «буду нянчить внуков», «куплю дачу и буду копать в огороде».

Примером **рационализации** служит отношение женщин, лишенных возможности иметь детей, к рождению ребенка: «зачем рожать ребенка-урода?», «рождение ребенка может повредить моему здоровью».

Переключение проявляется в актуализации интереса к семье, воспитанию детей, работе, повышению материального благополучия.

МПЗ по типу **ухода** проявляется в ответах, оторванных от реальности, погруженности в вымышленные, книжные переживания, детские увлечения и т. п.

Стоит отметить, что не все виды психологических защит, присутствующих у ГД больных являются рациональными и способствующими лучшей адаптации к болезни и лечению. Например, повышение информированности пациента о своем заболевании, необходимой диете, режиме, принципе работы аппарата искусственной почки поможет пациенту быстрее справиться со стрессом и отрицательными эмоциями, связанными с переходом на ГД, так как это поможет формированию такого более конструктивного механизма психологической защиты, как **интеллектуализация**.

Тем не менее, отсутствие психических расстройств у больных является одним из показателей эффективности МПЗ. Для таких больных характерна активная позиция: психическая готовность к деятельности, наличие интересов, стремлений, она способствует адаптации больных к хроническому тяжелому заболеванию, улучшению социально-трудовой реабилитации больных в процессе лечения ХГ.

Концепция качества жизни больных, находящихся на лечении гемодиализом

Под качеством жизни обычно подразумевается степень удовлетворенности больного своим физическим, психическим состоянием и социальным функционированием.

В клинической психологии и медицине в центре внимания исследователей стоит качество жизни, связанное со здоровьем.

Выделяют **субъективную** и **объективную** оценку качества жизни, которые дополняют друг друга.

Под объективной **оценкой** подразумевается экспертная – врачом, психологом, социальным работником, микросоциальным окружением. Н. Katschnig (1997) предлагает исполь-

зовать более точное, на его взгляд, понятие «внешняя оценка», имея в виду, что она отражает точку зрения эксперта и является по сути субъективной. Объективные **показатели** качества жизни больного человека включают параметры его материального благосостояния и физической активности, трудоспособности.

Субъективная оценка отражает самооценку больного, акцент делается на восприятии болезни и лечения больным, нефизиологических аспектах болезни, субъективном ощущении благополучия или неблагополучия. Субъективные показатели качества жизни отражают эмоциональный статус больного: удовлетворенность жизнью, благополучие, индекс психического аффекта (Evans R.V. et al., 1895; Kutner N.G. et al., 1986).

Факторы, влияющие на качество жизни гемодиализных больных

Факторы, связанные с качеством жизни		
модифицируемые	частично модифицируемые	немодифицируемые
<ul style="list-style-type: none"> Психическое состояние: депрессия, тревога, астения ЛФК Белковая диета 	<ul style="list-style-type: none"> Особенности личности: личностные черты, копинг-стратегии, локус контроля, жизненные цели и ценности Клинико-биохимические факторы: сопутствующая патология и осложнения, уровень альбумина, уровень гемоглобина Социальные характеристики: наличие работы, образование, доход 	<ul style="list-style-type: none"> Возраст Пол Данные анамнеза: длительность заболевания, лечения на ГД

Данная схема является опытом применения системного подхода к изучению связанного со здоровьем качества жизни и демонстрирует сложную биопсихосоциальную его детерминацию. Она важна и в клинической практике: задаются направления для работы с больными в плане профилактики и коррекции сниженного качества жизни. Коррекция модифицируемых и частично модифицируемых факторов способствует улучшению качества жизни больных, позволяя достичь оптимальной медицинской и психологической реабилитации (Васильева И.А., 2010).

Заключение

Больные, находящиеся на лечении гемодиализом, сталкиваются с ограничениями, охватывающими все сферы жизнедеятельности, не позволяющими реализовываться стремлениям пациентов. В результате хронического заболевания у них формируется определенный тип изменений личности, носящий компенсаторный характер и направленный на адаптацию к болезни на различных этапах ее развития.

Роль медицинских сестер в этом контексте состоит не только в профессиональном осуществлении врачебных назначений, но также в динамическом наблюдении за психологическим состоянием пациентов, разработке, обсуждении и внедрении вмешательств, направленных на поддержку адаптационных механизмов, достижении со стороны пациента сотрудничества. Комплекс таких действий будет способствовать и более эффективному лечению пациентов и, несомненно, достижению более высокого качества жизни. Более детально об опыте работы коллектива медицинских сестер отделения гемодиализа ЛОКБ мы расскажем в одном из следующих выпусков «Вестника».

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА НАУЧНЫХ ДАННЫХ: ИЕРАРХИЯ ДОСТОВЕРНОСТИ

- **Джанет Ларсон**, д-р философии
- **Барбара Мандлеко**, д-р философии
- **Мария Дрийвер**, д-р философии

Введение

Эта статья продолжает серию публикаций по вопросам внедрения доказательной практики для повышения качества сестринского ухода. После того как вами сформулирован исследовательский вопрос, осуществлен поиск литературы, сформирован список наиболее подходящих статей, необходимо оценить, насколько весомы данные, представленные в обнаруженных научных публикациях. Поэтому цель данной статьи состоит в том, чтобы научиться оценивать качество научных данных.

Иерархия научных данных

«Иерархическая пирамида научных данных» позволяет оценить качество данных, доступных для разработки справочников и руководств доказательной медицины и внедрения доказательной сестринской практики. Уровень достоверности данных определяется моделью исследования и качеством методов исследования. Одни методы и модели исследований более достоверны чем другие. С помощью иерархии научных данных можно оценить, насколько весомы и до-

стоверны выводы, полученные при реализации тех или иных моделей исследования.

В этой пирамиде представлено пять уровней достоверности. Наивысшим уровнем достоверности обладают систематические обзоры. Второй уровень достоверности принадлежит рандомизированным контролируемым исследованиям, где систематически исследуется тщательно разработанное вмешательство. Третье место занимают данные, полученные в ходе квази-экспериментальных исследований, которые стоит принять во внимание, если рандомизированных контролируемых исследований по выбранной вами теме не проводилось. На четвертом уровне располагаются не экспериментальные качественные и количественные исследования, которые предоставляют полезную информацию, однако в большей степени подвержены предвзятости (систематическим ошибкам), и, поэтому полученные в ходе таких исследований данные сомнительны. И, наконец, на последнем уровне достоверности располагается экспертное мнение, к которому можно прибегнуть в случае полного отсутствия научных данных по выбранной тематике. Поскольку экспертное мнение не является выводом проведенного научного исследования, оно может быть субъективным и предвзятым. Тем не менее основанное на всестороннем клиническом опыте мнение может быть ис-



ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Предвзятость (систематические ошибки) – тенденция отдавать предпочтение одним результатам исследования над другими.

Научный контроль. Разработка модели исследования таким образом, чтобы контролировать либо исключать влияние внешних факторов.

Строгое исследование. Исследование, которое проводится с наивысшей точностью с применением наилучших доступных методов.

Систематическое исследование. Исследование, которое четко спланировано и реализуется с соблюдением точной последовательности необходимых шагов.

пользовано для разработки практических руководств.

Систематический обзор – это анализ опубликованных исследований по заданной тематике. СИ подразумевает всесторонний поиск всех публикаций и критический анализ этих исследований. Систематический обзор проводится по одному конкретному и узкому вопросу. Например, систематический обзор может быть направлен на выявление эффективности вмешательства, направленного на повышение физической активности среди здоровых взрослых. Такой обзор был совсем недавно опубликован и включил в себя критическую оценку 358 научных исследований, тестиовавших 74 различных видов вмешательств, направленных на повышение физической активности здоровых людей (Conn, Hafdahl et al., 2011). В результате обзора ученые пришли к выводу о том, что эффективность вмешательств повышается, если они направлены на изменение поведения. Такие вмешательства предполагают постановку задач, самоконтроль физической активности и отчет о результатах самоконтроля. Менее эффективны вмешательства, направленные на обучение, изменение отношения и убеждений людей. Результаты данного систематического обзора должны быть приняты медицинскими сестрами на вооружение при разработке

вмешательств, направленных на повышение физической активности среди взрослых. Часто систематические обзоры включают меньшее количество исследований, тем не менее они остаются наиболее достоверными источниками данных, поскольку дают обзор всех существующих научных публикаций по конкретному вопросу.

Рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) определяют эффективность вмешательства с помощью экспериментальной модели исследования, где субъекты исследования случайным образом (рандомизированно) распределяются в опытную и контрольную группы. Лица, распределенные в опытную группу, испытывают на себе тестируемое вмешательство; к попавшим в контрольную группу вмешательство не применяют.

В одном из недавно проведенных РКИ (Chan, Richardson et al., 2011) было проведено сравнение психообучающего вмешательства и обычного ухода на предмет того, является ли психообучающее вмешательство более эффективным в снижении симптомов тревоги, одышки и усталости у 140 больных раком легких и получающих паллиативную лучевую терапию пациентов. Вмешательство предполагало подготовку информацию, обсуждение симптомов, анализ зна-

чения симптомов и целей, связанных со снижением симптоматики, советов по стратегии самоухода, а также обучение и тренировку последовательной мышечной релаксации. Результаты исследования показали, что пациенты опытной группы, к которым применялось данное вмешательство, в течение периода лучевой терапии в меньшей степени страдали от тревоги, одышки и усталости по сравнению с пациентами из контрольной группы. Результаты данного исследования заслуживают доверия, поскольку была применена строгая экспериментальная модель исследования.

Квази-экспериментальные исследования проводятся в том случае, если нет возможности формирования контрольной группы или случайного распределения пациентов. Существует несколько моделей квази-экспериментальных исследований. В одних моделях предполагается формирование и опытной, и контрольной группы, но отсутствует случайное распределение пациентов, в других предполагается формирование только экспериментальной группы и проведение контрольных измерений до вмешательства и после него с последующим сравнением. Поскольку квази-экспериментальные исследования в меньшей степени контролируются, необходимо с особой тщательностью проводить финальную интерпретацию данных.

В одном из недавно опубликованных квази-экспериментальных исследований была проведена оценка программы обучения медсестер по профилактике пролежней в доме сестринского ухода (Kwong, Lau et al., 2011). После вмешательства знания и навыки персонала были улучшены, а распространенность пролежней снизилась. Почему к данным подобным исследованиям необходимо подходить с особым вниманием и предосторожностью? Потому что они не свободны от ошибок и предвзятости. Например, в приведенном исследовании достоверно неизвестно, почему снизились показатели распространенности пролежней. Возможно, это связано с эффективностью вмешательства, но также вероятно и то, что персонал учреждения, знающий о том, что проводится

исследование, работал более усердно, желая продемонстрировать более высокие результаты работы под наблюдением исследователей. Кроме того, на частоту возникновения пролежней могли оказывать влияние совершенно иные факторы, никак не связанные с обучающей программой.

Не экспериментальные модели подразумевают наблюдательные исследования, нацеленные на получение более детальной информации о предмете исследования в определенный момент времени (кросс-секционные) или в течение некоторого периода времени (лонгитюдные). В рамках кросс-секционного исследования можно оценить изменчивость явления среди большой группы людей, а также описать факторы, которые оказывают влияние на это явление.

Так, в ходе кросс-секционного исследования могут изучать большую группу пациентов с определенным диагнозом или состоянием для описания специфических проявлений болезни – симптомов, их взаимосвязи с активностью пациентов и качеством их жизни. В одном из таких исследований было проведено изучение 249 пациентов с хронической сердечной недостаточностью, чтобы выявить взаимосвязь между когнитивной функцией и влиянием сердечной недостаточности на жизнь пациентов, что также определяется как связанное со здоровьем качество жизни (Pressler, Subramanian et al., 2010). Результаты показали, что 24% пациентов страдали от когнитивных расстройств в трех и более областях, но эти расстройства не оказывали влияния на качество жизни, связанное со здоровьем. Поскольку данное исследование было кросс-секционным, оно имело характер разведывательного, и в рамках такого исследования невозможно достоверно установить, была ли взаимосвязь между изменением когнитивных функций и изменением качества жизни пациентов. Тем не менее такое исследование полезно, поскольку позволяет глубже оценить исследуемое явление, оценить некую взаимосвязь между переменными.

В лонгитюдном исследовании за группой пациентов наблюдают в течение длитель-

ного периода времени, при этом с регулярными интервалами времени проводится измерение интересующих исследователя переменных. Это позволяет оценить изменение переменных во времени, что особенно актуально при изучении вопросов развития или продолжительности жизни. Такие исследования также важны для понимания уровня или ухудшения состояния здоровья, проявления или нарастания симптоматики во времени. Такие исследования являются дорогостоящими и несут риск выбывания пациентов из исследования до окончания его сроков. Поэтому выборка в таких исследованиях (количество пациентов) сравнительно невелика.

В одном из недавно опубликованных лонгитюдных исследований была проведена оценка снижения ежедневной функциональной активности 108 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (Kapella, Larson et al., 2011). Результаты исследования показали значительное снижение ежедневной активности пациентов за трехлетний период, что было связано с тяжестью течения болезни, способностью ходить и мышечной силой. Результаты такого исследования могут послужить толчком для разработки и тестирования вмешательства, направленного на длительное сохранение способности ходить и укрепление мышц с целью снижения темпов утраты пациентами способности к ежедневной физической нагрузке. Поскольку данное исследование было лонгитюдным, его результаты сравнительно достоверны. Кроме того, данное исследование может служить основой для проведения будущих более точных исследований.

Существует множество вопросов клинической практики, исследования по которым трудны либо невозможны, поэтому в ряде вопросов приходится полагаться на экспертное мнение. Опытный клинический специалист суммирует свой опыт работы с определенной группой пациентов и дает рекомендации другим специалистам. Эти рекомендации могут быть полезными, но надо учитывать ограничения данной информации, поскольку суждения эксперта могут быть ошибочными, основанными на

субъективном наблюдении и неверных выводах.

Заключение

Научная литература содержит источники информации, подпадающие под все перечисленные категории данных. Идеальным для внедрения доказательной практики и создания научно обоснованных руководств является наличие множества контролируемых рандомизированных исследований, объединенных в рамках систематического обзора. Однако систематические обзоры по вопросам сестринской практики большая редкость. Поэтому для внедрения доказательной сестринской практики необходимо учиться критически оценивать научную информацию и пользоваться всеми источниками данных. Важно применять результаты исследований и экспертные оценки в своей практике, осознавая при этом все ограничения этих данных. Такие действия будут содействовать развитию сестринской науки и оставят открытой дверь для ее непрерывного совершенствования с появлением новых данных, полученных в ходе более достоверных научных исследований.

ЛИТЕРАТУРА:

- Chan, C., A. Richardson, et al. (2011). «Managing symptoms in patients with advanced lung cancer during radiotherapy: Results of a psychoeducational randomized controlled trial». *Journal of Pain and Symptom Management* 41: 347–357.
- Conn, V., A. Hafdahl, et al. (2011). «Interventions to increase physical activity among healthy adults: meta-analysis of outcomes». *American Journal of Public Health* 101: 751–758.
- Kapella, M., J. Larson, et al. (2011). «Functional performance in chronic obstructive pulmonary disease declines with time». *Med Sci Sports Exer* 43: 218.
- Kwong, E., A. Lau, et al. (2011). «A pressure ulcer prevention programme specially designed for nursing homes: does it work?». *Journal of Clinical Nursing* 20: 2777–2786.
- Pressler, S., U. Subramanian, et al. (2010). «Cognitive deficits and health-related quality of life in chronic heart failure». *Journal of Cardiovascular Nursing* 25: 189–198.

Задачи операционной сестры в оказании помощи пациентам с онкологическими заболеваниями



■ **Грубич Марина Валерьевна,**
старшая медсестра отделения
анестезиологии и реанимации № 2
и оперблока № 2 ГБУЗ «Ленинградский
областной онкологический диспансер»

Отделение анестезиологии и реанимации № 2 организовано в 2002 году с открытием филиала «Леноблонкодиспансера» в посёлке Кузьмолковский Всеволожского района Ленинградской области. Стационар рассчитан на 140 коек.

За десять лет работы филиала освоены и внедрены в широкую клиническую практику онкоурологические, в том числе лапароскопические, операции, хирургическое лечение опухолей области головы и шеи с элементами пластической хирургии и микрохирургической техникой наложения сосудистых анастомозов, маммологические операции с аутопластикой и эндопротезированием молочных желез.

С внедрением в практику новых видов хирургических вмешательств, менялась и совершенствовалась работа коллектива операционных медицинских сестер. Операционная медицинская сестра хирургического онкостационара играет исключительно важную роль в лечебном процессе. Это одна из наиболее сложных сестринских специальностей. Перед ней ставится множество задач, ошибки в выполнении которых могут нанести непоправимый вред здоровью и благополучию пациента. К ним нужно отнести:

- строгое и абсолютное соблюдение правил асептики и антисептики на всех этапах оперативных вмешательств и в период подготовки к ним самостоятельно и

всеми участниками хирургической бригады;

- грамотное освоение практических навыков и четкое понимание значения каждого элемента любой манипуляции;
- соблюдение техники безопасности с различными опасными предметами;
- строгий контроль проведения предоперационной подготовки пациента;
- грамотное выполнение требований всех участников хирургической бригады.

Специфика онкохирургического стационара, где проводятся в основном типичные плановые и срочные операции, позволяет применять методику распределения работы между операционными сестрами с учетом их опыта и характерологических особенностей. Этот процесс контролируется старшей медсестрой по согласованию с заведующей отделением. Проведение наиболее ответственных операций предполагает участие старшей медсестры в качестве консультанта или непосредственно за операционным столом.

Практика нашего отделения показывает, что качество работы, ответствен-

ность и организация труда существенно повышаются, если каждая медсестра персонально отвечает за свой участок работы. Например: одна медсестра отвечает за качество обработки инструментария и контролирует работу младшего медперсонала, другая – за качественное и достаточное изготовление перевязочных средств, третья – за поддержание порядка, в шкафах и в операционных залах и т. д.

Профессиональная деятельность медицинских сестер оперблока осуществляется с соблюдением надлежащего порядка, определенной системы и последовательности. Каждая медицинская сестра твердо помнит, что ошибки возникают вследствие нарушения установленного порядка. Это относится не только к операционным медсестрам, но и к медсестрам-анестезистам, и к младшему медперсоналу.

Рабочий процесс операционной сестры имеет ряд отличительных особенностей.

Это может показаться удивительным, но рабочий день начинается вечером, накануне операции. Операционная медсестра знакомится с расписанием операций, беседует с пациентами, уточняет у хирурга необходимые



детали, комплектует инструменты (в ЛООД применяются видовые укладки инструментария и перевязочных средств), проверяет наличие всего необходимого и пополняет, если есть необходимость.

Утром санитарка проводит предварительную влажную уборку, после которой следует кварцевание и проветривание. Затем операционная медсестра производит рациональную расстановку оборудования (коагулятор, аспиратор, стойки и т. д.), проводит осмотр шовного материала, упаковок с перевязочными средствами, расходными материалами.

После подготовительных манипуляций одевает маску, приступает к хирургической обработке рук, затем надевает стерильный халат и перчатки, что требует определенной сноровки и умения, так как это делается без посторонней помощи по определенной методике.

Далее следует накрывание большого и малого инструментальных столов. Для этого есть много способов; их применение – это самостоятельный выбор медсестры, которая должна четко выполнить все требования санитарно-профилактических правил, учесть особенности работы хирурга и обеспечить удобство работы не только себе, но и коллегам. Все должно быть на месте, чтобы избежать суеты, спешки и лишних разговоров. Необходимые манипуляции проводятся до доставки пациента в операционную.

Пока пациентом занимаются врач и сестра-анестезист, можно последний раз провести проверку и проследить за правильным расположением пациента на операционном столе. Оно зависит от области операционной раны, от характера оперативного вмешательства и его этапов, от состояния пациента. Так как нередко во время операции требуется смена положения пациента, необходимо заранее приготовить валики, подушки, подставки, крепежи. Все это составные части интраоперационной профилактики пролежней и развития парезов.

Далее, по согласованию с врачом-анестезиологом операционная сестра приглашает хирургов, обрабатывает руки, одевает стерильный халат,

перчатки и ждет прихода врачей. Следит за правильной и качественной обработкой рук, одевает хирурга и ассистентов в стерильные халаты и перчатки. К этому времени зона операции обработана и пациент укрыт стерильным бельем. Операционное поле снова протирается ватным тампоном, смоченным антисептиком, и укрывается разрезаемой пленкой – это позволяет обеспечить асептичность начальных этапов оперативного вмешательства. По разрешению анестезиолога операция начинается.

Может возникнуть вопрос: как в таких жестких рамках, когда операционная медсестра представляется техническим исполнителем, можно вести речь о применении сестринского процесса. Но опыт работы показывает, что это не только возможно, но и необходимо. От хирурга зависит очень многое в процессе хирургического лечения пациента, но от операционной сестры зависит качество подготовки операционной, инструментария, расходных материалов; от её знания хода операции и предпочтений хирурга зависит скорость выполнения вмешательства, от поддержания дисциплины в ходе работы зависит качество ее выполнения в целом, от умения работать с людьми зависит психоэмоциональное состояние пациента, которое, в свою очередь, сказывается на физиологическом состоянии. Иными словами, работа операционной медсестры играет значительную роль в процессе лечения пациентов в хирургическом стационаре. Профессиональные и личные качества операционных сестер оказывают влияние на продолжительность послеоперационного периода, адекватные затраты на лекарственное обеспечение, качество жизни пациентов после выписки.

Каждая операционная сестра должна строить свою работу, принимая во внимание страхи и опасения пациентов, уметь «настроить» пациента на успешное оперативное лечение. На этапе подготовки пациента к операции практикуется проведение предварительной беседы. По результатам общения у медсестры складывается впечатление о пациенте, а пациент понимает, что забота о нем – в руках внимательного и грамотного специалиста. Такие беседы не требуют больших затрат вре-

ХОД РАБОТЫ ОПЕРАЦИОННОЙ СЕСТРЫ ПРИ МАСТЭКТОМИИ

Примерный ход работы операционной сестры онкостационара можно представить на примере оперативного удаления молочной железы – радикальной МАСТЭКТОМИИ.

Эту операцию проводят при злокачественных опухолях молочной железы, когда удалению подлежат не только сама железа, но и мышцы, клетчатка с лимфатическими узлами. Пациента (именно пациента, так как этот вид онкопатологии встречается и у мужчин) укладывают на операционном столе на спину с отведенной в сторону рукой. После двукратной обработки зоны операции (например, по Гроссиху), пациент укрывается стерильным бельем таким образом, чтобы незакрытой осталась молочная железа с окружающими тканями. После этого поле еще раз обрабатывается, и после разрешения анестезиолога сестра подает скальпель и несколько кровоостанавливающих зажимов. Хирург делает окаямляющий овальный разрез, ассистент проводит коагулирование сосудов. Рану отграничивают стерильными полотнами. Далее происходит сепаровка лоскутов с использованием электроножа или ультразвукового скальпеля. Также могут понадобиться держалки, поэтому нужно приготовить 10–15 крепких лигатур и 10–12 зажимов. После того как лоскуты отсепарованы, идет отслойка тканей молочной железы от большой грудной мышцы с захватом малой грудной (типа Пейти) или с оставлением (типа Маденна). Подмышечная, подключичная и подлопаточная клетчатка убирается в любом случае. Далее медсестра подает хирургический пинцет и полостные ножницы хирургу, а ассистенту – крючок и длинный кровоостанавливающий зажим – начинается процесс выделения клетчатки с постепенным лигированием сосудов. На большую мышцу укладывается тампон, обильно смоченный раствором аминокaproновой кислоты с целью гемостаза и профилактики интраоперационного обсеменения раны. После удаления препарата проводится смена перчаток (в случае если перчатки были повреждены – они меняются сразу), гемостаз, дренирование. Операционная медсестра проверяет инструментарий, проводит подсчет перевязочных средств: сообщает хирургу о правильности (это фиксируется в протоколе операции). Далее рана обрабатывается, меняются инструменты, белье, перчатки и рана ушивается. После этого рана еще раз обрабатывается и закрывается асептической повязкой. Надо помнить о соблюдении правил асептики – избежании попадания в рану опухолевых клеток. С этой целью операция делается одним блоком с окружающими тканями, в процессе имеет место частая смена инструментария и перчаток, проводится орошение раствором противоопухолевого препарата.



мени. Совсем не трудно накануне операции представиться пациенту, поговорить с ним, ответить на некоторые волнующие вопросы, не переходя в сферу ответственности врача. И может быть, в операционной пациент узнает вас и обрадуется как знакомому доброму человеку, который сделает все, чтобы помочь.

Другая важная задача медсестры на подготовительном этапе – формирование хорошей психологической атмосферы перед операцией для всей бригады. В работе операционного

блока едва ли не главным является установления доброжелательных, этически корректных взаимоотношений между самими операционными медсестрами и хирургами. Из рабочего процесса должны быть исключены личная неприязнь, раздражительность, фри-

вольность. Всё должно быть подчинено идее создания оптимальных условий проведения операции ради одной цели – сохранения или спасения жизни пациента. Эффективное решение сложнейших проблем здоровья возможно только при условии, что над этим решением трудится команда единомышленников. Сестринское сообщество осознает, что медицинская помощь должна становиться более качественной, доступной, эффективной. Появляются новые

направления хирургического лечения, новая аппаратура, материалы и инструменты, наступает эпоха качественной и безопасной хирургии! В этих условиях операционная медсестра не имеет права вслепую выполнять назначения врача, она должна принимать активное участие в подготовке к операции, в ее материально-техническом обеспечении, в профилактике послеоперационных осложнений; четко понимать значение оперативных методов лечения, безукоризненно выполнять свои обязанности. Важным направлением работы является грамотное отношение медсестер к профилактике профессиональных заболеваний и внутрибольничных инфекций. Также необходимо постоянно заниматься самообразованием, чему очень способствует участие в конференциях разного уровня, обмен опытом с коллегами. В этом очень помогает разнонаправленная и грамотная политика Ассоциации средних медработников, руководители и члены которой постоянно дают нам понять, что решение многочисленных проблем невозможно без активного участия медицинских сестёр.

НОВОСТИ КОРОТКОЙ СТРОКОЙ

Обезболивание в родах: дефицит достоверных данных о немедикаментозных приемах

В большей степени достоверными являются данные в поддержку медикаментозного обезболивания; по вопросам немедикаментозного обезболивания родов достоверных научных данных недостаточно. Таковы результаты всеобъемлющего обзора, опубликованного Кокрановской библиотекой.

Для обезболивания в процессе родов применяются разные подходы, но не все они одинаково поддерживаются научными данными. Чтобы сделать этот вывод, ученые объединили результаты пятнадцати ранее выполненных Кокрановских обзоров, а также трех систематических обзоров, выполненных вне Кокрановского партнерства, обобщив тем самым данные 310 исследований. Задавшись целью разграничения способов обезболивания по степени имеющейся научной достоверности, ученые выделили среди них 3 категории.

В первую категорию «действенных» средств вошли обезболивающие препараты, которые применяются при эпидуральной, комбинированной спинальной эпидуральной анестезии и ингаляционном наркозе. В следующую категорию приемов, которые «могут быть действенными», вошли погружение роженицы в воду, релаксация, акупунктура, массаж, местная блокада нервных окончаний анестетиками, применение неопиоидных медикаментов. Эти методы в меньшей степени подкреплены достоверными научными данными.

Надо сказать, что именно с наиболее научно обоснованными подходами к обезболиванию связано и наибольшее число неблагоприятных последствий, таких как тошнота и рвота после наркоза и гипотензия после эпидуральной анестезии. Что же касается второй категории средств обезболивания, то, несмотря на нехватку научных данных в подтверждение их эффективности, женщинами применение таких средств одобряется – за исключением

массажа все перечисленные методы получают удовлетворительную оценку женщин с точки зрения снижения боли.

Третья категория – наименее научно подтвержденных приемов – включила гипноз, прием биологической обратной связи, инъекции стерильной воды, ароматерапию, электроанальгезию и инъекции опиоидов.

«Женщин должны информировать о преимуществах и недостатках различных приемов обезболивания, при этом они должны обладать свободой выбора метода обезболивания в процессе родов», считает ведущий автор исследования, профессор Джеймс Нельсон, руководитель кафедры здоровья женщин и детей Ливерпульского университета. «Актуальной задачей остается подбор тех методов, которые в наибольшей степени соответствуют индивидуальным потребностям женщин и конкретной ситуации».

**По материалам портала
медицинских новостей
Medical News Today**

Скоро в отпуск: собираем чемодан

Ждешь отпуск и готовишься к нему почти так же, как к Новому году: подбираешь наряды, планируешь, с кем проводить, возлагаешь надежды и даже желания загадываешь? И вот подпись руководителя на твоём заявлении об отпуске, словно бой курантов, объявляет о начале праздника продолжительностью в 4 недели (или две). Сломая голову мчишься домой и думаешь только о том, как бы поскорее собрать вещи и рвануть подальше от работы, от проблем, от городской суеты и духоты... Сбавь обороты! Спешка может все испортить.

Как обычно собираем чемодан? Открываем шкаф и, выуживая из него любимые летние вещи, аккуратно укладываем их в дорожную сумку, а потом, когда приезжаем на курорт, обнаруживаем, что забыли положить главное? Ничего удивительного, ведь мы торопились.

Предлагаем поговорить о чемоданном вопросе и рассказать вам, **как быстро собрать чемодан и ничего не забыть.**

Основные принципы, которыми можно воспользоваться перед поездкой, собирая чемодан:

1. Ничего лишнего.
2. Все должно быть легким.
3. И еще раз ничего лишнего: собрав чемодан, найдите в нем вещь, без которой вы сможете обойтись в поездке.

Чтобы правильно собрать чемодан и с легкой душой отправиться в отпуск, разделите все вещи на следующие категории:

1. **Документы и деньги.** Это святое.
 - Паспорт.
 - Водительское удостоверение.
 - Билеты.
 - Кредитную карту.
 - Медицинскую страховку.
2. **Туалетные принадлежности, косметика.** В интернете вы поискали и заранее узнали об уровне сервиса в гостинице/отеле. Фен и утюг бывают не везде: тогда везёте с собой складной фен и маленький дорожный утюжок. Мыло, шампунь, зубные принадлежности обычно предоставляются. На всякий случай берёте: одноразовые шампунь, зубной набор, крем от за-

гара, термальную воду, влажные салфетки, гигиеническую помаду, любимые духи. Но помните – все это без проблем можно купить в отделах косметики и бытовой химии.

3. **Одежда.** Несколько комплектов взаимно сочетающихся вещей. Желательно из тонкой ткани, чтобы после стирки быстро высыхали. Никаких одежд «про запас» и «вдруг пригодится»: большая часть таких вещей пролежит на дне чемодана всю вашу поездку.

4. **Обувь.** Кроссовки для туристических вылазок по прилегающей местности – обязательны. Вообще, вся обувь должна быть легкой и удобной. Обычный набор: кроссовки, босоножки и пляжные сланцы. Вы ведь любите активный и познавательный отдых.

5. **Аптечка.** Всех средств по 1 блистеру. Обязательно: средства от укусов, жаропонижающее, болеутоляющее, средства для ЖКТ. Противоаллергическое тоже возьмите.

6. **Досуг.** Фотоаппарат: лучше брать в поездку маленький, плоский цифровой. Вам, как непрофессионалу, его хватит с головой. Если берете ноутбук – закачайте в него что-нибудь интересное: книги, фильмы, страницы сайтов. Если без ноутбука – возьмите электронную книгу. Обязательно солнцезащитные очки.

Чтобы правильно собрать чемодан в поездку, заранее составляйте список вещей по этим категориям. И сразу же отмечайте, какие вещи у вас готовы, а какие нуждаются в дополнительной подготовке к поездке. Например, если вы покупаете новые вещи перед поездкой, их нужно успеть постирать. Также нужно успеть зарядить батарейки фотоаппарата и телефон, не забыть зарядку для мобильного.

Для документов и билетов используйте прозрачную пластиковую папку формата А5. Достаточно одного взгляда, чтобышний раз убедиться, что все на месте и не переживать.

Деньги храните в кошельке. Если у Вас есть карта, храните вместе с документами в поясной или обычной сумке.

Как упаковать чемодан

Полезный совет: все вещи сворачивайте валиком, так они компактнее лягут в чемодан и меньше помнутся.

Последовательность укладки вещей в чемодан:

- сначала обувь – лучше по краям чемодана;
- брюки – на дно;
- вещи потолще – второй слой;
- тонкие легкие вещи – третий слой;
- туалетные принадлежности, косметичка – на самый верх. Предстоит перелет и чемодан сдается в багаж – туалетные принадлежности располагаем вглубь одежды, чтобы ничего не разбилось и не разлилось.

Если вы летите самолетом и сдаете чемодан в багаж, то оставьте при себе:

документы и деньги, аптечку, фотоаппарат, косметичку (самую маленькую из всех, что у вас есть), влажные салфетки и антисептик для рук. Ну и ноутбук или электронную книгу тоже.

Все остальное пакуем в отдельные пакетики и затем в большие плотные пакеты по категориям: одежда, обувь, фен/утюг, косметические средства. Во-первых, так легче сортировать вещи, а во-вторых, вещи не пострадают, если на ваш чемодан вдруг что-то прольется из соседних. Укладываем плотно все вещи в чемодан. Не набивайте его до отказа. Правильно упакованный чемодан вы должны застегнуть сами и довольно легко. Если приходится прибегнуть к помощи окружающих, ваш туго набитый чемодан рискует лопнуть. Тогда хотя бы упакуйте его в аэропорту – такая услуга сейчас есть везде. Ваш чемодан обернут в несколько слоев целлофана, сделают прорези для ручек. Это сохранит ваш чемодан от внешних повреждений. **Ну а чтобы сделать чемодан легче,** заранее составьте список того, что можно купить на месте отдыха. Обычно это солнцезащитные средства и различные штучки для отдыха: надувные плавательные принадлежности, пляжный зонт и пляжный коврик. После завершения отдыха их можно оставить на пляже, чтобы через год опять вернуться...

ИМЯ ИМ – МИЛОСЕРДИЕ, ДЕВИЗ – ТРУД ВО БЛАГО...

12 МАЯ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ПРОШЛА КОНФЕРЕНЦИЯ, ПРИУРОЧЕННАЯ К МЕЖДУНАРОДНОМУ ДНЮ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

12 мая в зале краевого драматического театра состоялась конференция «Единство образования и практики в привлечении и сохранении кадровых ресурсов», посвященная Международному дню медицинской сестры. Тема конференции в профессиональный праздник была выбрана не случайно – сегодня в российских лечебно-профилактических учреждениях не хватает около 800 тысяч медработников среднего звена. И хотя в Забайкалье нехватки кадров нет – обеспеченность средним медицинским персоналом здесь выше, чем в Сибирском федеральном округе и в целом по РФ, – необходимо сделать все для сохранения положительной динамики. Для этого медучреждения намерены продолжить сотрудничество с образовательными учреждениями, а те, в свою очередь, активно призывать в профессию молодежь.

Организаторами конференции выступили Краевой совет сестер Министерства здравоохранения Забайкальского края, «Профессио-

нальная ассоциация медицинских специалистов», «Читинский медицинский колледж». Цель конференции была обозначена как «повышение престижа профессии и объединение усилий лечебно-профилактических и образовательных медицинских учреждений в профорientационной работе по привлечению в профессию». Среди задач, поставленных при формировании программы конференции: совершенствование системы планирования и реализации прогнозируемого притока специалистов со средним медицинским образованием в систему здравоохранения; формирование системы мотивации к достижению высоких профессиональных результатов, разработка и внедрение дополнительных механизмов по закреплению специалистов со средним медицинским образованием на рабочих местах; создание системы кадрового менеджмента для анализа эффективности использования специалистов со средним медицинским образованием в учреждениях здравоохранения края, обеспечение возможности профессионального и карьерного роста; совершенствование системы отбора и подготовки резерва на руководящие должности в сфере сестринской деятельности.

В работе конференции принимали участие руководители управления здравоохранением и медицинских образовательных учреждений различных уровней, медицинские сестры лечебно-профилактических учреждений Забайкальского края.

Во время торжественной части участники конференции приветствовали губернатора Забайкальского края Равиль Гениатулин, заместитель пред-



С приветственным словом к участникам конференции обратились министр здравоохранения Забайкальского края **Борис Сормолотов** и президент ЗРОО «Профессиональная ассоциация медицинских специалистов» **Валентина Вишнякова**

седателя правительства Наталья Жданова, министр здравоохранения Борис Сормолотов, епископ Читинский и Забайкальский Евстафий, и др.

В Международный день медицинской сестры в драматическом театре не только обсуждали проблемы привлечения молодежи в самую гуманную профессию, но и поздравили лучших, вручили им денежные сертификаты и дипломы. Среди тех, кто получил в этот день награды, победители Всероссийского конкурса «Лучший по профессии» фельдшер ГУЗ ССМП Елена Мацева (1 место в номинации по специальности «Лечебное дело») и медицинская сестра ГУЗ ККБ Яна Григорьева (2 место в номинации по специальности «Операционное дело»). Почетные грамоты победителям Всероссийского конкурса вручил губернатор Забайкальского края Равиль Гениатулин. В своей приветственной речи, обращенной к делегатам конференции, он отметил, что знаком с историей сестринского дела в России и в Забайкалье, гордится тем, что огромную роль в работе медицинских сестер региона и в повышении их профессионализма играет Ассоциация средних медицинских работников Забайкальского края и, конечно, что главным в работе медицинской сестры является уход за пациентами, без которого не наступит выздоровление.

Министр здравоохранения Забайкальского края Борис Сормолотов в своем выступлении говорил о том, что в Забайкалье за последние годы кадро-



Награды медсестрам вручает губернатор Забайкальского края **Равиль Гениатулин**

вый потенциал средних медицинских работников удалось не только сохранить, но и преумножить. Огромная армия медицинских сестер Забайкальского края сумела воплотить в жизнь реформы сестринского дела, проводившиеся в стране в 90-е годы, внедрить инновации в сестринский процесс и обеспечить своим коллегам условия работы на новом современном уровне, поэтому в регионе не наблюдается текучесть кадров среди среднего медицинского персонала. В Забайкальском крае была сохранена и система среднего профессионального медицинского образования – пять средних образовательных учреждений (2 медицинских колледжа и 3 медицинских училища). Борис Сормолотов отметил, что в краевое министерство здравоохранения практически никогда не поступает жалоб на работу медицинских сестер и поблагодарил присутствующих за такое отношение к пациентам и своей работе. Министр вручил представителям лечебных учреждений грамоты за высокие показатели аттестации и сертификации.

Искренние пожелания и поздравления в адрес забайкальских медицин-

ских сестер прозвучали и от заместителя председателя правительства Забайкальского края Натальи Ждановой: «В России существует немало профессиональных праздников, но День медицинской сестры – особенный, он символизирует торжество, милосердие, терпение, доброту, понимание, гуманизм. Профессия медицинской сестры – профессия дальнего действия, одна из самых важных на Земле».

Напутственные слова для медицинских сестер прозвучали в этот день и от епископа Краснокаменского и Читинского Евстафия: «...Милосердие ценится в очах божьих. Нужно, чтобы медицинская сестра в своей работе руководствовалась Законом Божьим, «...как хотите, чтобы с Вами поступали люди, так и вы поступайте с ними».

О том, как живут сегодня средние медицинские работники Забайкалья, об их успехах и планах на будущее в те-

чение всего мероприятия рассказывала консультант Министерства здравоохранения по сестринскому делу, президент ЗРОО «Профессиональная ассоциация медицинских специалистов» Валентина Вишнякова. Сегодня в Забайкальском крае трудятся 14 800 средних медицинских работников, а региональная сестринская общественная организация – одна из наиболее многочисленных и известных в России. Кроме того, в Забайкальском крае самый высокий в Сибирском федеральном округе процент специалистов со средним медицинским образованием, возраст которых младше 40 лет. Молодые, инициативные забайкальские сестры постоянно повышают свой про-



Выступают профессиональные комитеты ассоциации

фессиональный уровень. Для этого в регионе им предоставлены все возможности: в 2011 году свою квалификацию повысили около 9 тысяч медицинских специалистов, из них 56 человек – на центральных базах. Не зря ведь по итогам прошедшего года по показателю сертификации средних медицинских специалистов Забайкальский край занял второе место, а по аттестации – первое. За высокие показатели аттестации и сертификации, за активное участие в конкурсах профессионального мастерства ЛПУ Забайкальского края от ЗРОО «ПрофАсМедСпец» были вручены сертификаты на сумму от 20 до 10 тысяч рублей.

Валентина Вишнякова озвучила также итоги ранжирования, проведенного в 2011 году среди ЛПУ и средних медицинских специалистов.

Профессиональные комитеты Забайкальской региональной общественной

организации «Профессиональная ассоциация медицинских специалистов» представили на конференции в театрализованной форме презентацию своих специальностей. В качестве «аргументов» в пользу своей профессии артистки в белых халатах использовали все средства – от традиционных плакатов и воздушных шаров до кукол-манекенов и стилизованных зубных щеток. И потому представление, развернувшееся на сцене, было красочным, познавательным и непринужденным. Были продемонстрированы в презентациях профессиональных комитетов ассоциации и итоги работы медицинских сестер Забайкальского края. Каждый комитет отразил в них свой профессиональный уровень, кадровый потенциал, возможности совершенствования и развития профессиональной деятельности. На экране перед делегатами конференции прошли фото и результаты краевых научно-практических конференций, конференций, организованных на центральных базах, Всероссийского форума детских медицинских сестер, где забайкальские медсестры представляли свои доклады и проводили мастер-классы. Заключительной частью кон-

ференции стало традиционное посвящение в профессию молодых специалистов – выпускников Читинского медицинского колледжа.

В день профессионального праздника перед медицинскими работниками выступили также коллектив «Забайкалье», хор «Профессиональной ассоциации медицинских специалистов», артисты ОДОРА. После окончания мероприятия участники конференции посмотрели спектакль краевого драматического театра «Пегий пес, бегущий краем моря». А еще все присутствующие в этот день в зале получили цветы – подарок Забайкальской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация медицинских специалистов» тем, кто всю свою жизнь посвятил милосердию.

**Ирина Белошицкая,
фото Оксаны Леонтьевой**

Будущее начинается сегодня

■ **Шмотова Ольга Викторовна,**

заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, СПб ГУЗ «Городская Покровская больница»

В этом году необычный подарок к Международному дню медицинской сестры приготовила СПб ГУЗ «Городская больница № 40», взяв на себя инициативу проведения праздничной конференции.

«Медицинская сестра. Будущее начинается сегодня» – так звучала тема городской научно-практической конференции, которая состоялась 16 мая 2012 года. Цель конференции – поднять престиж профессии «медицинская сестра» в глазах самих медицинских работников; обозначить инновационную деятельность медицинской сестры в качестве своей ежедневной практики, направленной на улучшение качества ухода за пациентом. Сотрудники больницы очень ждали гостей, организовали проведение конференции на высоком уровне и создали торжественную, праздничную атмосферу.

Медицинские сестры различных лечебных учреждений Санкт-Петербурга выступили с докладами о своей практической деятельности, о достижениях, собственных разработках в различных направлениях сестринской деятельности.

Максимец Л.А., главная медицинская сестра Городской

больницы № 40 отразила в своем выступлении путь развития изделий медицинского назначения от середины XX века до робототехники будущего. Л.Г. Комплиментова, старшая медицинская сестра отделения реабилитации, рассказала об эффективности занятий творчеством с пациентами, имеющими нарушения речи, в период ранней реабилитации ОНМК. По инициативе Ларисы Гельевны был реализован новаторский исследовательский проект, об основных этапах которого и достигнутых результатах мы расскажем в одном из следующих выпусков «Вестника». Об организации и работе школы диабета в Санкт-Петербурге рассказала Л.А. Цыбанева, председатель Ассоциации диабетологических сестер города, преподаватель школы диабета

городской поликлиники № 3. Прозвучало много разных, интересных, информативных докладов, объединённых идеей и желанием авторов сделать труд медицинских сестер более эффективным для пациентов, признанным в глазах окружающих и приносящим радость и удовлетворение самим специалистам сестринского дела.

Особенно приятно отметить, что в конференции приняли участие не только медицинские сестры, но и врачи, преподаватели медицинских училищ, психологи, которые видят в современной медицинской сестре не только помощника врача, но и самостоятельного специалиста, способного разрабатывать и внедрять собственные технологии.

Провести такую конференцию было бы невоз-

можно без содействия Санкт-Петербургского регионального отделения Ассоциации медицинских сестер России, администрации Курортного района, администрации СПб ГУЗ «Городская больница № 40».

Любовь Александровна, главная медицинская сестра Городской больницы № 40 закончила свое выступление словами: «Я считаю, что для достижения широкого общественного признания для начала требуется поднять престиж профессии медсестры в наших собственных глазах». Цель конференции была достигнута – гости покидали ее с гордостью за своих коллег, сумевших осветить ежедневную работу сестер творчески, выделить в этой работе элементы науки, инноваций, лидерства.



10-летие «Ассоциации сестринского персонала Брянщины»

Нам исполнилось 10 лет. Много это или мало для профессиональной общественной организации медицинских сестер Брянской области, возникшей на основе полемики: с одной стороны «необходимо поднимать престиж и социальный статус профессии!», а с другой – вечные сомнения: «смогут ли медицинские сестры преодолеть барьер “скромности” и неверия в свои собственные силы, смогут ли поддержать лидеров сестринского сообщества?»

Наша Брянская ассоциация была организована и зарегистрирована областной юстицией в 2002 году, когда Российская ассоциация медицинских сестер уже отмечала свое первое десятилетие, неоднократно доказав коллегам необходимость, важность и нужность профессионального единения. Медицинские сестры Брянщины приняли правильное решение быть в едином строю с коллегами всей России и всего мира!

10 лет – солидный возраст, это годы нашего становления, полные трудностей и свершений, успехов и испытаний. И все же 10 лет – это юный возраст. Мы молоды, полны сил, мы продолжаем расти и развиваться. У нас множество планов, творческих идей и мы с оптимизмом смотрим в будущее, которое, непременно, будем создавать вместе в составе Российской ассоциации медицинских сестер.

Брянская ассоциация в 2002 году состояла из 47 членов. В 2012 году ассоциация уже насчитывает более 2000 специалистов: медицинских сестер, акушерок, лаборантов, фельдшеров. Повышение престижа профессии, возрождение традиций сестринского милосердия, медицинской этики, создание условий для профессионального роста, обеспечение социально-экономических и профессиональных интересов медицинских сестер – вот основные цели и задачи Брянской ассоциации.

С 2002 по 2012 гг. ассоциацией проведено множество интересных мероприятий – конференций, семинаров, тренингов, мастер-классов, конкурсов профессионального мастерства. Свидетельством роста и развития ассоциации стало юбилейное торжество, организованное в Международный день медицинской сестры.

Прошло оно 12 мая 2012 года в большом зале ГОУДОД «Брянский областной Дворец детского и юношеского творчества им. Ю.А. Гагарина».

На празднике присутствовало более пятисот средних медицинских работников. Поздравить специалистов пришли губернатор Брянской области Н.В. Денин, заместитель председателя комитета по вопросам социальной политики и здравоохранения Брянской областной Думы И.А. Шачнев, заместитель губернатора Брянской области А.Н. Макаров, заместитель главы администрации города Брянска Г.Н. Корниенко, директор департамента здравоохранения Брянской



области В.Н. Дорошенко, председатель Брянского областного комитета профсоюза работников здравоохранения РФ А.М. Яковлев, главные врачи ЛПУ Брянской области и директора медицинских колледжей.

Президент Ассоциации сестринского персонала Брянщины Любовь Занина откровенно призналась, что десять лет назад трудно даже было представить, что работники среднего звена так широко будут отмечать свой день – день благодарения сестринской профессии. Пять лет назад, сказала она, чтобы отметить свой праздник, было достаточно зала на двести мест, а сегодня их не хватает даже здесь, во Дворце творчества. В день празднования юбилея президент выразила слова благодарности и глубокого уважения за поддержку, стойкость и преданность избранному пути, пожелала всем членам Ассоциации добра и мира, благополучия и профессиональных успехов, радости в доме и на работе, крепкого здоровья, дальнейшего развития и совершенствования мастерства, достижения всех поставленных целей!

Губернатор Николай Денин подчеркнул, что этот профессиональный праздник не случайно отмечается во всем мире. Медицинские сестры составляют самое многочисленное звено в здравоохранении, в том числе и в нашей области – более тринадцати тысяч человек. Новое время ставит перед здравоохранением новые задачи, и медицинские сестры, фельдшеры, акушерки помогают решать их успешно и качественно.

Заместитель председателя комитета по вопросам социальной политики и здравоохранения Брянской областной Думы Игорь Шачнев по поручению председателя Думы Владимира Гайдукова и от имени всего депутатского корпуса также поздравил медицинских сестер с профессиональным праздником. Профессия медицинской сестры, отметил он, всегда будет востребована, потому что без нее не обходится

практически ни один человек: с рождения и до последних дней жизни люди сталкиваются с заботливыми руками медицинских сестер.

Профессия медицинской сестры не из легких. И те, кто приходит в нее, не ищут легких путей: они помогают пациентам справиться с недугом и встать на ноги. На это способны только люди с добрыми сердцами. Главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью департамента здравоохранения Брянской области Лариса Третьякова поздравила с праздником коллег, пожелала профессионального роста и уверенности в себе, в своих силах, призвала участвовать в общественной жизни, не бояться трудностей, ведь все, что дается в жизни, закаляет, делает сильнее и мудрее! И самое главное, сказала Лариса Третьякова, нельзя забывать о своих наставниках и обратилась со словами благодарности к своим старшим коллегам, ветеранам сестринской службы, Марии Семеновне Кожуриной и Надежде Павловне Митиной.

На юбилейном мероприятии 159 лучших средних медицинских работников были награждены почётными грамотами, благодарностями и благодарственными письмами губернатора Брянской области, Брянской областной Думы, департамента здравоохранения Брянской области, Ассоциации медицинских сестёр России, медалями «За верность профессии», «В честь подвига партизан и подпольщиков». Перед присутствующими выступили творческие коллективы Брянского областного Дворца детского и юношеского творчества им. Ю.А. Гагарина и студенты колледжа искусств и культуры.

Уважаемые коллеги, для того чтобы сохранить и повысить уважение к своей профессии, каждый должен задаваться вопросами этики, обеспечения качества помощи, расширения компетенции. Мы должны участвовать в формировании повседневной профессиональной деятельности и планировании будущего. Мы должны быть сильными. Сильная личность и активная команда могут многое сделать, но если ассоциация не сильна, то трудно ждать существенных достижений на пути преобразований. Только солидарность и коллегиальность ее членов позволит добиться серьезного успеха!

В ПОИСКАХ НАШИХ ПРАВ: ЧТО

Наталья Геннадьевна Сергиенко, старшая медсестра ожогового отделения ККБ, Красноярск.

ВОПРОС: У меня давно возник вопрос, какие права имеют медицинские работники. В поисках ответа я посещала различные семинары и конференции, не упускала возможности пообщаться с юристами, но выяснить, в чем заключаются наши права, как они защищены, какова ответственность за их нарушение, мне, увы, не удалось. Зато перечень наших обязанностей довольно внушительный.

Мы практически бесправны – мы не имеем права на получения льготного жилья, дополнительные доплаты на приобретение учебных и методических пособий, у нас нет защиты от нарастающей агрессии со стороны пациентов, которые, кстати говоря, знают свои права, но вот обязанности их негде не прописаны.

Больница – это не магазин, где клиент всегда прав. Мы работаем в режимном медучреждении, где права и обязанности сторон должны быть четко определены. В России есть Закон о полиции, Закон об образовании, где прописаны права и обязанности сотрудников данных областей. Они имеют ряд привилегий по отношению к другим служащим: льготные пенсии, льготы по оплате услуг ЖКХ, по выслуге лет, право на первоочередное предоставление места в детском саду их детям и т. д.

Работаем мы в бюджетной сфере, оказываем помощь всем охваченным ОМС гражданам России, т. е. в прямом смысле работаем на наше государство. Только вот почему-то вознаграждение за наш труд, а также вероятность защиты тех или иных прав определяется тем, в каком регионе мы трудимся, или тем, является ли наше медицинское учреждение федеральным, региональным, муниципальным или, еще лучше, ведомственным.

Согласитесь, удивительна наша жизнь, когда в двух клиниках, расположенных на одном перекрестке, условия труда, оплата, оснащение, уровень безопасности пациентов и медперсонала, лекарственное обеспечение могут отличаться в разы, как будто мы не то, что в разных странах, а в разных галактиках живем.

Мы все ждем, мы верим обещаниям, мы готовимся потерпеть еще немного – вот

вот новая система оплаты труда, вот-вот и беспроцентное ипотечное кредитование, еще чуть-чуть и о нас вспомнят, подумают, позаботятся. Увы, годы ожиданий проходят один за другим, развеивая наши надежды. Государство ничего не делает для утверждения престижа нашей нелегкой, но социально значимой профессии. Наш труд остается среди самых низкооплачиваемых, у нас нет защиты ни со стороны государства, ни страховых компаний, ни профсоюзов. Почему же мы должны помогать, спасать, выхаживать, оставаясь при этом беззащитными?

Помнится, однажды довелось столкнуться с родной администрацией. Я обратилась в районный отдел образования с ходатайством главного врача о предоставлении моей дочери места в детском саду; в документе говорилось, что стаж работы 10 лет, что работник я ценный... – в ответ чиновник предложил оставить это ходатайство себе на долгую и светлую память.

Я не думаю, что без льгот мы жить не сможем. Сможем, но тогда по законам рынка, с такой зарплатой, которая соответствует этим законам. Наша – скорее признак обратного... поэтому, мы говорим о льготах. Раз уж оплачивать наш труд достойно государство не может, раз отдает решения по заработной плате на откуп местным властям, то пусть обеспечит льготы. Не для всех, кто получил диплом, но для тех, кто честно трудится в государственном секторе здравоохранения, в зависимости от стажа. Хотелось бы, чтобы в нашей стране был разработан и принят закон, уравнивающий наши права и обязанности. Хотелось бы иметь социальные льготы не только за то, что мы работаем в опасных условиях – операционных, гнойных отделениях (кстати, до 1999 года у всех сотрудников хирургических гнойных отделений шел стаж год за полтора, но и эту льготу у нас забрали).

Педагогические работники образовательных учреждений в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, наделены достаточно большим перечнем льгот, среди которых право на получение пенсии за выслугу лет до достижения ими пенсионного возраста, на первоочередное предоставление жилой площади. Педагогические работники, прожи-

О ГАРАНТИРУЕТ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО?

вающие и работающие в сельской местности, рабочих поселках (поселках городского типа), имеют право на предоставление компенсации расходов на оплату жилых помещений, отопления и освещения. Кроме того, педагогические работники образовательных учреждений не реже, чем через каждые 10 лет непрерывной преподавательской работы, имеют право на длительный отпуск сроком до одного года, порядок и условия предоставления которого определяются учредителем и (или) уставом данного образовательного учреждения.

Список узаконенных прав и льгот работников просвещения как общеобразовательных учреждений, так и высшего образования, достаточно объемный. В то же время роль и значение работников двух социальных сфер – образования и медицины фактически одинаковы, с той лишь разницей, что у нас намного сильнее фактор риска из-за постоянного контакта с различными инфекциями и заболеваниями.

Пора уже что-то делать, чтобы заинтересовать молодых специалистов, чтобы повысить престиж профессии. Не очень приятно осознавать себя заложником рыночной экономики, платить за любовь к профессии такую цену – неуважение, незащищенность, лишение льгот, низкая оплата труда. Не очень хочется видеть своих детей обделенными вниманием, потому что приходится пропадать на работе сутками, но все равно не быть способной обеспечить летний отдых, дополнительные занятия, походы в театр.

Если не начать менять ситуацию на уровне государства, то в скором времени у нас будет колоссальный недобор среди абитуриентов медицинских учебных заведений. Люди учатся считать и оценивать и не только деньги – оценивают перспективы для себя, своей будущей семьи, а в сестринском деле эти перспективы совсем не радужные. Уже сейчас существуют колоссальные кадровые проблемы, и с каждым годом растет количество вакансий среднего медицинского персонала в лечебных учреждениях Красноярска. Уверена, что эта ситуация знакома многим. Уверена я и в том, что все без исключения медицинские работники находятся в напряженном ожидании радикальных перемен, потому что ситуацию безнадежности и беспросветности мы больше терпеть не в силах.

ОТВЕТ:

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

Права медицинских и фармацевтических работников, а также меры их стимулирования установлены статьей 72 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон).

В соответствии со ст. 72 Федерального закона медицинские и фармацевтические работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством (см. раздел VII Трудового кодекса РФ) и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе на:

1) создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством Российской Федерации;

2) профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;

3) профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством Российской Федерации, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокраще-

нием численности или штата, в связи с ликвидацией организации;

4) прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации;

5) стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности;

6) создание профессиональных некоммерческих организаций;

7) страхование риска своей профессиональной ответственности.

Лидерам ассоциации на местах, ее ключевым членам необходимо четко следить за тем, чтобы гарантированные законодательством права сестринского персонала соблюдались.

Некоторые особенности регулирования труда медицинских работников регламентированы статьей 350 Трудового кодекса РФ, в соответствии с которой:

- для медицинских работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 39 часов в неделю. В зависимости от должности и (или) специальности продолжительность рабочего времени медицинских работников определяется Правительством Российской Федерации.



• медицинским работникам организаций здравоохранения, проживающим и работающим в сельской местности и в поселках городского типа, продолжительность работы по совместительству может увеличиваться по решению Правительства Российской Федерации, принятому с учетом мнения соответствующего общероссийского профессионального союза и общероссийского объединения работодателей.

• отдельным категориям медицинских работников может быть предоставлен ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск. Продолжительность дополнительного отпуска устанавливается Правительством Российской Федерации.

Также в соответствии с Трудовым кодексом РФ, постановлением Правительства РФ от 20.11.2008 № 870 «Об установлении сокращенной продолжительности рабочего времени, ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска, повышенной оплаты труда работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда» некоторым категориям медицинских работников, как работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда, по результатам аттестации рабочих мест устанавливаются следующие компенсации:

• сокращенная продолжительность рабочего времени – не более 36 часов в неделю в соответствии со статьей 92 Трудового кодекса Российской Федерации;

• ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск – не менее 7 календарных дней;

• повышение оплаты труда – не менее 4 процентов тарифной ставки (оклада), установленной для различных видов работ с нормальными условиями труда (конкретные размеры повышения оплаты труда устанавливаются работодателем с учетом мнения представительного органа работников в порядке, установленном статьей 372 ТК РФ для принятия локальных нормативных актов).

Не могу согласиться с вашим мнением о различиях в пенсионном обеспечении между медицинскими и педагогическими работниками. Медицинские работники, также как и педагогические, имеют право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости. В соответствии с п/п. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона от 17.12.2001 № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» трудовая пенсия по старости назначается ранее достижения возраста, установленного ст. 7 указанного закона, лицам, которые осуществляли лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения не менее 25 лет в сельской местности и в поселках городского типа и не менее 30 лет в городах, сельской местности и поселках городского типа либо только в городах, независимо от их возраста.

Правительство Российской Федерации постановлением от 29 октября 2002 года № 781 утвердило:

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

• Правила исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, в соответствии с подпунктом 20 пункта 1 статьи 27

« Ни ассоциации, ни сами медицинские сестры не должны оплачивать регулярное повышение квалификации. Это обязанность работодателя! »

Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» (далее – Правила). Правила, в частности, устанавливают порядок исчисления стажа (год работы как год и 6 месяцев) операционных медицинских сестер, включая старших, медицинских сестер перевязочных, работавших в ожоговых отделениях хирургического профиля стационаров учреждений, предусмотренных пунктами 1–6, 8, 12, 15, 20, 21, 27–30 Списка.

Таким образом, установление для медицинских работников сокращенной продолжительности рабочей недели, дополнительного оплачиваемого отпуска, льготных условий назначения трудовой пенсии по старости – все это свидетельство того факта, что государством предпринимаются меры по возмещению медицинским работникам затрат, связанных с исполнением ими трудовых обязанностей, регулярным неблагоприятным воздействием на них различного рода факторов, повышенными психофизиологическими нагрузками, обусловленными исполняемыми функциональными обязанностями по занимаемой должности, спецификой и характером их труда.

В соответствии с ч. 2 ст. 72 Федерального закона Правительство Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления вправе устанавливать дополнительные гарантии и меры социальной поддержки медицинским работникам и фармацевтическим работникам за счет соответственно бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов.

В целях осуществления социальной поддержки медицинских и фармацевтиче-

ских работников, проживающих и работающих в сельских населенных пунктах, рабочих поселках (поселках городского типа), занятых на должностях в федеральных государственных учреждениях, Правительство Российской Федерации постановлением от 17 октября 2011 г. № 839 приняло меры социальной поддержки работающих в сельской местности медицинских и фармацевтических работников федеральных бюджетных учреждений.

С 01.01.2012 им выплачивается ежемесячная денежная компенсация по оплате жилых помещений, отопления и освещения в размере 1200 руб. Также установлена единовременная денежная выплата в 2012 году медицинским и фармацевтическим работникам федеральных учреждений государственной системы здравоохранения за фактически отработанное время в учреждениях в период с 1 января 2005 г. по 31 декабря 2011 г. (в том числе лицам, являвшимся медицинскими и фармацевтическими работниками указанных учреждений и уволившимся до 1 января 2012 г.) в случае, если они имели по состоянию на 31 декабря 2004 г. право на бесплатное предоставление квартир с отоплением и освещением в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления вправе принять аналогичные меры социальной поддержки для работников подведомственных им учреждений здравоохранения.

В большинстве регионов такие меры социальной поддержки установлены. В том числе и в Красноярском крае, где меры социальной поддержки по оплате жилья и коммунальных услуг для отдельных категорий граждан установлены Законом Красноярского края от 17.12.2004 № 13–2804 «О социальной поддержке населения при оплате жилья и коммунальных услуг». В соответствии со ст. 6 указанного закона врачи, провизоры, средние медицинские и фармацевтические работники краевых государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, работающие и проживающие в сельских населенных пунктах, рабочих поселках (поселках городского типа), для которых указанные учреждения являются основным местом работы, имеют право на получение субсидии в следующих размерах:

а) 100 процентов оплаты жилья в пределах социальной нормы, установленной законом края;

б) 100 процентов оплаты электроснабжения и теплоснабжения (отопления), в том числе приобретения и доставки твердого топлива при наличии печного отопления, в пределах социальной нормы площади жилья, установленной законом края, и (или) нормативов потребления коммунальных услуг, установленных в соответствии с законодательством Российской Федерации.



ПОМОГАЕТ МЕДИЦИНСКИМ СЕСТРАМ – ПОМОГАЕТ ПАЦИЕНТАМ

Тяжелобольные люди, не встающие с постели, требуют тщательного гигиенического ухода. Это в равной степени относится к пациентам реанимационных отделений и больным, которым прописан строгий постельный режим. Мероприятия по гигиеническому уходу за лежачими пациентами должны проводиться ежедневно и круглосуточно. Их основная цель – поддержание тела лежачего больного в чистоте, профилактика развития инфекционных заболеваний и пролежней, и, наконец, просто создание наиболее комфортных условий для жизни. Похожие проблемы возникают также при уходе за новорожденными и пожилыми людьми. Ни для кого не секрет, что для медицинских сестер гигиенический уход именно за этим контингентом пациентов сопряжен с целым рядом определенных и вполне понятных трудностей. В этой связи любые гигиенические средства, которые могут облегчить непростой труд медсестер и в то же время обеспечить пациентам надлежащий уровень гигиенического ухода, представляют особый интерес.

Компания «Катроса Реактив» предлагает уникальные средства гигиены одноразового применения производства компании Layertex (Испания), способные в значительной степени упростить перечисленные выше трудности. Эти одноразовые средства личной гигиены поставляются во многие страны мира и по праву завоевали самые положительные отзывы медицинского персонала клиник, родильных домов и домов престарелых.

Мы предлагаем небольшие по размеру и удобные в использовании сухие пенообразующие губки и рукавицы, пропитанные дерматологически безопасными гелями. Гель не имеет запаха, безопасен, поддерживает благоприятное для кожи значение фактора pH 5,5, абсолютно гипоаллергенный, некоторые гели содержат экстракты ромашки и алоэ вера, известные с древних времен как

временных затрат персонала, расходуемых на мытье пациентов и их перемещение к месту проведения гигиенических процедур и последующую стирку полотенец и прочих аксессуаров в различных медицинских учреждениях. Предлагаемые средства личной гигиены позволяют в большинстве случаев проводить гигиенический уход за пациентами прямо на больничной койке.



эффективное средство для ухода за кожей. Материал губок состоит из полиуретана или из мягкого плетеного полиэфирного волокна, не содержащего химических примесей, формальдегида, формальдегид-мочевины и латекса. При легком намочении губка или рукавица вспенивается и готова к проведению гигиенических процедур. После использования пену можно не смывать, а просто вытереть кожу полотенцем, в том числе и одноразовым. Это в свою очередь позволяет сэкономить большое количество воды, энергии, детергентов, а также

Губки и перчатки не теряют форму во время использования, имеют долгий срок хранения и прошли самое строгое научное тестирование в странах европейского сообщества, подтвердившее их высокую эффективность для поддержания личной гигиены. Основными особенностями и преимуществом предлагаемых средств личной гигиены по сравнению с традиционными являются: одноразовость использования, что полностью исключает опасность распространения инфекционных заболеваний; возможность ежедневного использования, не вызывая при этом никаких раздражающих кожу эффектов; после их использования можно не смывать кожу водой в течение 15 дней подряд; не имеют запаха, а также обладают защитным увлажняющим кожу эффектом. Губки, предназначенные для мытья детей, пропитаны гелем, содержащим также экстракты ромашки и алоэ вера.

Помимо использования в медицинских учреждениях эти средства личной гигиены незаменимы при временном отключении воды, а также в поездках, самолетах, в поездках на дачу, в походах, на отдыхе, в командировках, на тренировках в спортзале и во многих других ситуациях.

КАК РЕШИТЬ ПРОБЛЕМУ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У ВШЕЙ К ПЕДИКУЛИЦИДАМ?

⇒ Ученые доказали, что при длительном применении одного и того же противопедикулезного средства у популяции вшей формируется к нему резистентность (невосприимчивость).

⇒ Поэтому специалистами Лаборатории Медилис и ФБУН НИИД Роспотребнадзора были разработаны новые средства и схема их применения.

⇒ Необходимо один раз в полгода или в год менять средство для лечения педикулеза и обработки помещения от вшей, на препарат на основе другого действующего вещества (с другим механизмом действия).

ИСПОЛЬЗУЙТЕ СЛЕДУЮЩУЮ СХЕМУ РОТАЦИИ ПЕДИКУЛИЦИДОВ:

Медилис-СУПЕР

(фентион 24%)

Медилис-БИО

(эвгенол 8%)

Медилис-И

(перметрин 5%)

(бывшее торговое наименование "Медифокс-И")



Лаборатория
МЕДИЛИС

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