

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 3-4 (7-8) 2012



**За доброту и человечность!
В Кемеровской области в очеред-
ной раз состоялся Губернаторский
прием в честь медицинских сестер**



стр. 73

**Адаптация пожилых пациен-
тов к лечению в стационаре
– опыт медицинских сестер
Удмуртии**



стр. 3

**Всероссийский форум
медицинских сестер:
доступность, открытость,
информированность**



стр. ?

**Этический кодекс в
действии – опыт внедрения
корпоративного стандар-
та в Красноярске**

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 течение 48 часов (суммарно),
«перегрев»



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



От $+30^{\circ}\text{C}$ и выше,
но ниже $+45^{\circ}\text{C}$ в течение
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 2012/13084
от 10 февраля 2012 г.

Компания «Чистый инструмент»
(495) 937-49-52, 995-58-93
www.chistin.ru
e-mail: vbi@bk.ru



■ **Особые надежды Ассоциация связывает с Всероссийским форумом медицинских сестер. Предложения, инициативы, обращения Ассоциации и всего профессионального сообщества должны наконец быть услышаны государством.**

Дорогие коллеги и читатели «Вестника».

Перед вами специальный выпуск журнала, который посвящен 20-летию Ассоциации медицинских сестер России, Всероссийскому форуму медицинских сестер, победителям общенационального конкурса «Медицинская сестра года». Вместе с вами мы подошли к этой исторической отметке, вместе с вами переживали и взлеты, и падения, вместе добивались продвижения сестринской профессии к автономии, независимости, совершенству.

Вместе мы определяли цели и задачи профессиональной Ассоциации, среди которых защита профессиональных и социально-экономических интересов специалистов, представление их интересов на уровне региона, страны, на международной арене, возрождение традиций милосердия и сострадания, развитие и расширение доступа к образованию, совершенствование сестринской практики. Для нас это не красивые слова, не лозунги рекламной компании, для нас все это – руководство к действию. Каждый день в различных регионах нашей страны лидеры профессиональной ассоциации проводят мероприятия в поддержку поставленных задач – где-то это конкурсы профессионального мастерства, где-то – научно-практические конференции, семинары или мастер-классы. Цели профессиональной ассоциации становятся для таких людей личными целями и жизненными ориентирами. Лидеры сестринской профессии – это фундаментальный ресурс будущего, поддерживать и защищать который призвана Российская ассоциация.

На страницах этого номера вы познакомитесь с идеями и достижениями многих из них. Так, вниманием нашего издания мы не могли обойти призеров Всероссийского конкурса «Медицинская сестра года» – нам хотелось рассказать вам о том,

что мотивирует практикующих специалистов, руководителей сестринских служб покорять вершины мастерства. Особое внимание мы решили уделить проблематике научно-исследовательской работы в клинической практике. Сегодня медицинские сестры нашей страны совершают на этом новом для себя поприще самые первые шаги. Пока не решены многие организационные вопросы, пока их работа выбивается из общепринятых норм и представлений о роли медицинской сестры, они с упорством открывают науку не только для себя, но и для будущих поколений медицинских сестер, встречая поддержку со стороны региональных сестринских ассоциаций.

Герои профессии бережно охраняют традиции сестринского милосердия, прилагают все свои знания и таланты к тому, чтобы пациенты вне зависимости от возраста, достатка, психического и физического состояния были окружены заботой, вниманием, уважением, чтобы вне зависимости от заболевания для каждого пациента создать максимально комфортные условия, максимально высокий уровень качества жизни.

Лидеры сестринского дела работают в разных условиях, разных регионах, клиниках различного масштаба и уровня, в том числе в ультрасовременных и высокотехнологичных, где есть свои задачи, требующие профессионального решения. Лидеры профессии, лидеры управления делятся с нами опытом создания и внедрения корпоративного стандарта, приходящего на помощь учреждению, которое пока не приобрело ни имени, ни истории, ни собственных традиций. Такой стандарт помогает в считанные месяцы создать из коллектива – команду, превратить профессионалов в единомышленников, а сверкающие палаты, операционные залы и офисы персонала – в общий дом,

забота о котором становится общим делом для всех и каждого.

Не стоит думать, что лидеры профессии это те, кому все удастся легко, кому не нужна поддержка. Напротив, именно им, как никому другому, очевидны проблемы отрасли от недостаточного ресурсного обеспечения больниц до дефицита кадров, в условиях которого каждый день они призваны обеспечивать оказание сестринской помощи, от недостаточной подготовки молодых специалистов до критического оттока квалифицированных сестер в частные структуры. Обсуждение этих проблем и обмен опытом их решения силами общественных организаций – один из важнейших разделов работы Координационного совета РАМС; обучение лидерству и навыкам решения таких проблем составляет содержание международного проекта Ассоциации «Лидерство в переговорах», о чем мы также говорим на страницах этого журнала и чему мы посвятим немалую часть дискуссий в ходе Всероссийского форума медицинских сестер.

С Форумом каждый из нас связывает большие надежды. Мы хотим, чтобы голос, предложения, инициативы Ассоциации медицинских сестер России были наконец услышаны государством. Мы хотим продемонстрировать руководству здравоохранения, что предлагаем верный путь для развития сестринской профессии и укрепления позиций российской медицины.

Позвольте в заключение поздравить всех вас с 20-летним юбилеем Ассоциации медицинских сестер России, искренне поблагодарить вас за участие в ее деятельности и колоссальную поддержку, которую вы оказывали своей организации все эти годы! Крепкого вам здоровья, счастья, благополучия и незыблемой веры в будущее сестринской профессии!

**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 13 000. 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 сестер 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 сестер России, Председатель Совета

АНОПКО В.П. – президент Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация»

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

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

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

ЗОРИНА Т.А. – президент Омской региональной общественной организации «Омская профессиональная сестринская ассоциация»

КОСАРЕВА Н.Н. – президент Самарской региональной общественной организации медицинских сестер

ЛАПИК С.В. – д. м. н., профессор, декан ФВСО ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава

РЯБЧИКОВА Т.В. – д. м. н., профессор, заведующая кафедрой сестринского дела Ивановской государственной медицинской академии, декан МВСО

СЛЕПУШЕНКО И.О. – советник Департамента мониторинга и оценки эффективности деятельности органов государственной власти субъектов РФ Минрегиона России

В ОЖИДАНИИ ФОРУМА

11–13 ОКТЯБРЯ 2012 ГОДА – именно на эти даты было намечено грандиозное событие – проведение Всероссийского форума медицинских сестер. Форум приурочен к 20-летию Юбилею Ассоциации. В Санкт-Петербурге в эти дни съедутся специалисты практического здравоохранения всей страны, республик СНГ, других стран и континентов, руководители Министерства здравоохранения и международных организаций, лидеры и рядовые члены профессиональной сестринской ассоциации

Обсудить предстоит многое – у профессионалов накопилось немало вопросов, без ответа на которые дальнейший путь будет тупиковым. Говорить о развитии сестринского дела без общей идеи, разделяемой всеми заинтересованными сторонами идеологии, бесперспективно.

Кто бы что ни говорил, но и по сей день наиболее значимые решения в здравоохранении спускаются сверху вниз, без особого принятия в расчет интересов, знаний, устремлений и накопленного профессиональным сообществом опыта. Ассоциация медицинских сестер России прилагает все усилия для того, чтобы эту ситуацию переломить.

У каждого, кто причастен к подготовке Всероссийского форума, кто планирует приехать в Санкт-Петербург в поиске ответа на свои вопросы, есть определенные ожидания – ожидания конкретных решений и шагов. Этими ожиданиями в преддверии Форума с читателями Вестника поделились и руководители сестринских служб, и лидеры профессиональных ассоциаций.

Участвовать в организации и подготовке грандиозных мероприятий это не только интерес, ответственность, но и честь быть среди настоящих профессионалов.



■ **Комиссарова Ольга Петровна,**
исполнительный директор РАМС

Что значит Всероссийский, форум для нас?

Вызов всем проблемам в отрасли, голос профессионалов, открытый диалог с представителями органов управления здравоохранения.

Не так много пришлось участвовать в грандиозных мероприятиях Международного совета медсестер, но один конгресс 2008 года в ЮАР остался в памяти.

Африканский континент был представлен очень широко. После выступления Министра здравоохранения ЮАР медсестры задавали вопросы, и смело комментировали реальное положение сестринского дела на местах. Огромный конгресс-холл буквально гудел в поддержку тех медицинских сестер, которые не стеснялись спросить о самом наболевшем.

Такое поведение могут позволить себе истинные профессионалы.

А профессионализм – он из чего складывается?

По-моему, это и культура, и окружение, и образование, и имидж, и ... много чего еще, но основных составляющих три:

- Сам человек
- его образование
- И его намерения, видение, мышление. Еще прибавила бы неравнодушие к настоящему.

Наблюдать за работой профессионала, не говоря уже о том, чтобы воспользоваться плодами его труда – удовольствие великое. В этом вопросе я почти коллекционер, потому что прошла путь от палатной медсестры до работы в национальной организации. Видела мастерство процедурной медсестры, палатной и мастерство руководителя – главного специалиста региона и национального общественного лидера. Это такое мастерство, при котором самые простые вещи бывают исполнены так, что дух захватывает.

Есть самый важный секрет мастеров любого дела. И в сестринском деле – тоже. Обыкновенная сестринская манипуляция, выполненная рутинно, без особого внимания к пациенту – как изделение ширпотреба... принимается пациентами как нечто обыденное и неизбежное, без особой радости, эмоций, удовлетворения. Но стоит пациенту хоть раз столкнуться с мастером своего дела, для которого цель не очередной укол в бесконечном потоке процедур, а человек и его выздоровление, как возникнет ощущение уникальной миссии медика и медицины.

К сожалению, нередко складывается впечатление, что медицинские сестры не всегда осознают, что они не просто выполняют процедуру, а выполняют ее для человека, для того, чтобы помочь ему. Некоторые полагают, что автоматизм в работе – признак совершенства. Позволю себе не согласиться.

Когда в первые месяцы своей работы в должности палатной медсестры я столкнулась с процедурой АУФОК (ультрафиолетовое облучение крови пациента), удивилась, что на эту процедуру приглашают одну и ту же медсестру. Приходила вся белоснежная, хрустящая крахмалом сестра, важно проверяла аппарат, церемонно готовила все необходимое, ласково объясняла все, что будет делать и за чем надо следить. Все движения были четкие, плавные, без суеты.

Ее пример стал для меня вызовом – быть или не быть. Я тут же решила, что непременно буду такой сестрой, которой можно доверить самую ответственную работу. Научиться всему на отлично – стало целью профессиональной деятельности.

И совсем не важно, где ты работаешь – в клиническом центре или в районной больнице. Пациенты везде одинаковы и качественная помощь должна быть доступной везде и всем, а значит и профессионализм необходим и он всегда востребован обществом.

Но причем здесь форум и профессионализм?

На форум съезжаются профессионалы отрасли – кто, как не они, может осветить проблемы и вынести предложения по их реализации.

Слушать знаменитых спикеров, общаться с коллегами, обмениваться опытом – это одна сторона грандиозного события. Но основная и важнейшая задача форума – это высказать свое мнение открыто, без оглядки по сторонам; задать самый трудный вопрос напрямую руководству, не боясь за свои личные интересы.

Да здесь на первый план выступают другие профессионалы. Профессионалы, которые анализируют, прогнозируют и принимают решения. Мастерство дипломатии в переговорах с руководством здравоохранения, специалистами образования и науки, с лидерами общественного профессионального движения.

Мы хотим сделать вызов политике тендеров, вызов дешевизне в урон безопасности качеству; сделать вызов нехватке профессионализма в сестринском деле, обсудить доступность образования и право на его реализацию в практическом здравоохранении. Мы

против затыкания дыр в штатном расписании студентами.

Мы за адекватную нагрузку на медицинский персонал для поддержания качественной сестринской помощи.

Мы за поддержание социальной справедливости в отношении сестринского персонала – достойная зарплата, доступное жилье, создание безопасных рабочих мест.

Пусть каждый участник Форума ответит себе на вопрос – я выполнил миссию делегата?

Все эти вызовы могут принять и направлять свои усилия на их решения только компетентные люди.

Если и есть то, чему я готова поклоняться, то это компетентности и мастерству – в достойном, приносящем пользу и возвышающем людей доброй воли деле. И профессионализму! От слов к делу – наверное, именно таким хочется видеть наше событие в октябре 2012 года.



■ **Кудрина Татьяна Валентиновна,**
президент Ассоциации медицинских сестер Ивановской области, к.м.н.

От мероприятия я жду, пожалуй, для меня самого главного – того, что будет открыто озвучены проблемы отрасли, что состоится их активное обсуждение, а предложения медицинских сестер всей страны впоследствии станут основополагающими для разработки Программы развития сестринского дела в Российской Федерации.

Программы конференций, проводимых РАМС, всегда очень насыщены и объемны по своему содержанию, поэтому, ожидаю получить достаточно информации о новых формах работы, инновациях в профессии, изменениях в правовой сфере и др.

Как член Правления Ассоциации медицинских сестер России я с волнением жду Форума, тех секционных заседаний, поработать над организацией

которых мне было поручено, конечно же, надеюсь на положительные отзывы членов Ассоциации как о работе секций, так и о работе Форума в целом.

А как медицинская сестра, я надеюсь, что оптимистично настроенных специалистов, готовых не критиковать, а предлагать, не судить, а делать, в медицинском обществе будет с каждым годом все больше и больше, а значит и членов Ассоциации тоже.



■ **Виноградов Сергей Владимирович,**
заместитель главного врача ОБУЗ
«Областная психиатрическая больница
«Богородское», к.м.н.

Ожиданий от Форума великое множество. Для нас важно заявить на высоком уровне о том, что сестринские службы многих регионов испытывают нелегкие времена – низкая оплата труда, дефицит кадров, недостаточная оснащенность средствами малой механизации, недоступность высшего образования, отсутствие координации и поддержки в проведении сестринских исследований, пробелы в стандартизации сестринской практики. Будучи объединенными в Ассоциацию, мы надеемся с помощью Форума донести все это до Министерства здравоохранения, до всего общества. Мы также надеемся узнать, какие планы по решению этих проблем намечены Министерством, какие предложения вносятся главным внештатным специалистом по сестринскому делу, как они воплощаются в жизнь. Хочется верить, что национальная ассоциация справится со сложной задачей по организации Форума, познакомит нас с интересным и перспективным опытом зарубежных и российских коллег. Есть у меня ожидания и от своей секции – медицинских сестер психиатрической службы. Очень хочется видеть в рамках этой секции ак-

тивных людей; создать, невзирая на расстояния, команду единомышленников и профессионалов, готовых выносить на обсуждение свои идеи, откликаться и участвовать в непрерывной профессиональной дискуссии, тем более, что виртуальное пространство и современные средства связи этому всецело способствуют. В рамках секционного заседания «Сестринское дело» в психиатрии мне видится своевременным обсуждение не только того опыта, который накоплен на сегодняшний день разными учреждениями и сестринскими службами, но и направлений для совершенствования сестринской практики посредством исследовательской работы.



■ **Косарева Н.Н.**

Президент Самарской региональной общественной организации медицинских сестер, депутат 5 созыва Самарской Губернской Думы

Уважаемые коллеги! В преддверии Всероссийского форума позвольте поздравить всех нас с предстоящим со-

бытием. Сказать слова благодарности руководителям здравоохранения всех уровней, нашим учителям из образовательных медицинских учреждений, лидерам, сестринскому персоналу, тем, кто все эти годы поддерживал общественное движение в Российской Федерации. Думаю, что это будет не только праздник. Это событие позволит нам подвести итоги, глубоко проанализировать достижения и, возможно, неудачи, в работе общественных организаций. Большая задача будет поставлена перед руководителями региональных отделений РАМС – нам предстоит предложить дальнейшие пути развития Ассоциации медицинских сестер России.

Многое зависит от лидера



- **Челнокова Любовь Петровна,**
главная медицинская сестра
туберкулезной клинической больницы
№3 им. Г.А.Захарьина г.Москвы.
- **Фото Валентины ЕВЛАНОВОЙ.**

Штрихи к портрету: Туберкулезная больница – единственное место работы в жизни Любви Петровны, если не считать те полтора года, что она трудилась на ФАПе после окончания медучилища. Уже 32 года Любовь Челнокова возглавляет сестринскую службу стационара. Поэтому все, что касается фтизиатрии, ей не просто хорошо знакомо, а близко до боли. Она с удовлетворением отмечает перемены, произошедшие за последние годы и в финансировании, и в обеспечении техники, и надеется на хорошие перспективы. Вообще Любовь Петровна – оптимист по натуре. Полагает, что праздник в жизни нужно делать самому, поэтому берет

инициативу в свои руки. В трудные моменты мобилизуется и начинает действовать с полной отдачей. Утверждает, что в больнице многое предпринимается для улучшения жизни сестринского персонала, для облегчения труда и мечтает о таком времени, когда бы фтизиатрические сестры могли работать по 6 часов. Рассчитывает, что Ассоциация поможет в приближении цели:

РАМС – наш рулевой. Валентина Антоновна Саркисова – настоящий лидер. Она очень много сделала для фтизиатрических медсестер страны. По ее инициативе уже не один год реализуется международный проект, проходят обучающие семинары на местах. Ранее региональная Московская ассоциация была несколько инертна, а сейчас активизировалась, уверенно идет вперед, ее глава Валентина Геннадьевна Царева не распыляется, а берется за самые острые проблемы, стараясь их решать, и нас за собой увлекает, а мы в свою очередь – своих медицинских сестер. Очень многое зависит от руководителя сестринской службы: как главная сестра поведет за собой коллектив, так и будет.

Профессиональные общественные организации, бесспорно, нужны. Ассоциация – генератор новых идей, мыс-

лей, она нас спланирует, побуждает двигаться вперед. Раньше я никогда не занималась организацией научно-практических мероприятий для медицинских сестер города, а сейчас уже три года проводим конференции по актуальным проблемам ТБ, на которые, прежде всего, приглашаем сестер общелечебной сети, ведь 57% больных туберкулезом поступают из соматических учреждений. В первую очередь нужен акцент на профилактику.

На форуме считаю необходимым поднять вопрос дифференцированной нагрузки на сестринский персонал. Сегодня на ставку процедурной медсестры приходится 40 больных, а далее нагрузка не регламентирована, палатной – 25 больных, как и много лет назад, а контингент сейчас значительно утяжелился. Медсестра должна быть максимально приближена к больному, однако в силу своей загруженности она от него отдаляется. Понимаю, пересмотр нагрузки упирается в финансирование, но выход-то надо искать. Если бы РАМС помогла в решении данного вопроса, это было бы большим вкладом в улучшение жизни фтизиатрических медсестер и качества оказания медицинской помощи.

У нас в больнице, впрочем, как и в ряде других московских учреждений, довольно остро стоит кадровая про-

блема. Более 50% медицинских сестер приезжают на работу из соседних регионов (Тверской, Тульской, Владимирской областей), к сожалению, москвичи в туберкулезную службу не идут. Иногородных сложнее вовлечь в общественную жизнь коллектива, потому что они много времени тратят на дорогу, и, отработав смену, торопятся домой, где ждут семьи, дети. Кстати, очень грамотные сестры на периферии и трудятся добросовестно. Чтобы люди шли в нашу профессию, важен и статус сестринский, и дифференцированная нагрузка, и адекватная оценка труда, и достойная зарплата.

За границей медсестра работает по 8 часов, а во многих московских стационарах принят суточный график. Мы от него отказались, разрешаем работать не более 18 часов, потому что сутки полноценно работать невозможно – это, с одной стороны. С другой – находиться 24 часа в условиях инфекции, где лечатся пациенты с открытыми формами туберкулеза, неправильно. Нужно думать и о здоровье сестер. Перейти на новый режим работы было сложно. Некоторые медсестры его встретили, мягко говоря, без восторга. Пришлось много обсуждать вопрос, разъяснять персоналу, что делаем это

для его благополучия. К счастью, меня поддержала администрация больницы.

На форуме будет работать фтизиатрическая секция, состоится обмен опытом, каждый поделится тем, что у него есть передовое. Так, главная медицинская сестра противотуберкулезного диспансера N18 расскажет о работе своей школы здоровья, как они организуют профилактическую работу на участках. Считаем, надо больше говорить об охране здоровья здоровых.

Записала Валентина Евланова, корреспондент, г. Москва

Ассоциация – наш рупор



■ **Гришаева Наталья Петровна,** главный внештатный специалист по сестринскому делу Южного административного округа г. Москвы, главная медицинская сестра городской стоматологической поликлиники N62.

■ **Фото Валентины ЕВЛАНОВОЙ.**

Штрихи к портрету: Отработав 22 года старшей медицинской сестрой ЛОР-клиники Первого московского медицинского института, Наталья Петровна 15 лет назад рискнула изменить судьбу – перейти в стоматологическую поликлинику на должность главной. И сегодня нисколько об этом не жалеет. За полтора десятилетия ЛПУ стало для нее вторым домом. Все, чему учили когда-то в ЛОР-клинике (как себя вести, как общаться с пациентом и т. д.), старалась передать сестринскому персоналу на новом месте работы. Наверное, ей это удалось, потому что медицинские сестры стоматологической поликлиники N62 неоднократно

признавались лучшими в городе. Деятельная, эмоциональна, неравнодушная, она все время стремилась к совершенствованию и увлекала за собой окружающих. Деловые качества были замечены, и в 2006 году Наталья Гришаева была избрана председателем Совета медицинских сестер Южного административного округа Москвы, а в прошлом году назначена главным внештатным специалистом по сестринскому делу. Благодаря ее стараниям, у медицинских сестер округа (где, кстати, находится 72 лечебных учреждения) появился свой гимн и герб, стало традицией проводить посвящение в профессию.

Одной из главных задач для себя Наталья Петровна считает – вовлечение медицинских сестер в общественную профессиональную организацию, будучи твердо уверенной, что в объединении – сила. Сегодня она делится мыслями о роли РАМС в развитии сестринского дела:

– У Ассоциации – 20 – летний юбилей. Считаю, это – и наш праздник. Стала ее членом почти два десятилетия назад. И все эти годы шла по жизни с ощущением дружеского плеча рядом. И президент РАМС Валентина Антонова Саркисова, и руководитель Московской региональной общественной ор-

ганизации медицинских сестер Валентина Геннадьевна Царева очень много делают для развития сестринского дела, повышения профессионализма медицинских сестер. Я бываю на конференциях, съездах и знаю, сколько сил, энергии тратят наши лидеры на то, чтобы добиться сдвигов.

Ассоциация не только способствует распространению новых знаний, повышению уровня самооценки медицинских сестер, но и поднимает насущные практические вопросы.

И надо сказать, за последние 20 лет в сестринском деле многое изменилось. Прежде всего, образование (а оно играет колоссальную роль) стало многоуровневым. Например, ряд медицинских сестер нашего лечебно-профилактического учреждения окончили колледж, а одна – факультет ВСО.

За это время четко отлажена система повышения квалификации.

Обучение дает уверенность в себе, в том, что ты делаешь. Медицинские сестры стали немного по-другому себя чувствовать, готовы взять на себя большую ответственность. Сегодня вся работа медсестры оценивается по работе врача, а хотелось бы, чтобы она оценивалась отдельно, как самостоятельная деятельность. К сожалению, врачебный персонал не всегда разделяет наше стремление к самостоятельности. За многие годы сложилось мнение, что медсестра – это помощник врача, а не

*Яркие краски
Вашего здоровья!*



PUTH



Реамед
диагностические реагенты

ООО "РЕАМЕД"
115419, г.Москва, ул.Шаболовка, д.34
(495) 933-34-36; 935-72-89
www.reamed.ru market@reamed.ru

самодостаточная фигура в своем деле. И даже если она имеет высшее образование, с ней не всегда врачи считаются. Хотя, на мой взгляд, нынешним медицинским сестрам можно дать гораздо большие права. Например, стоматологическая медицинская сестра вполне может снимать зубные отложения, определять гигиенический индекс (пока это делает доктор). Поэтому от предстоящего форума ждем много, в том числе и обсуждения вопроса о статусе медицинской сестры, о расширении полномочий, других глобальных и насущных проблем.

Как руководителя сестринской службы меня волнует загруженность большим количеством документации, которую приходится заполнять, причем зачастую срочно. Это отнимает массу времени. Из-за писанины некогда заниматься реальной работой. Надеюсь услышать на форуме мнение коллег по этому поводу. Ведь всякая профессиональная встреча – это, прежде всего, обмен опытом. Думаю, каждый из нас в ходе форума сможет

почерпнуть что-то полезное для себя.

Бесспорно, Ассоциация играет огромную роль в озвучивании и решении проблем. Она – наш рупор. Но, к сожалению, пока еще недостаточно слышат сестринский голос наверху. Хотелось бы, чтоб сестринское дело было более значимым, и чтоб руководство это понимало.

Но, несмотря ни на что, уверена, у Ассоциации – большое будущее. В нашем учреждении практически все медицинские сестры, зубные техники, рентгенлаборанты являются ее членами. Когда я пришла работать в поликлинику, каждый существовал сам по себе, все отделения были обособлены. Сейчас медсестры сплочены. Все вопросы обсуждаем коллегиально, вместе со старшими медицинскими сестрами. Мне хотелось создать такой же коллектив, как на прежнем месте работы, в клинике уха-горла-носа Первого московского медицинского института, чтоб медицинские сестры были профессионалами в своей дея-

тельности и чтобы были милосердны – в сестринской деятельности без этого невозможно. Думаю, я добилась своей цели, хотя не могу сказать, что на все 100 процентов. Есть еще над чем работать. Поэтому проводим конференции, организуем зачеты. Меня все спрашивают: «Почему ты зачеты устраиваешь в устной форме?» – А потому, что это дает возможность медицинским сестрам говорить. Они, как правило, умеют делать, но не умеют говорить.

Членство в Ассоциации заставляет постоянно учиться, двигаться вперед, профессионально развиваться, укрепляет веру в лучшие перспективы нашей профессии. На сегодняшний день в Южном административном округе столицы – самое большое количество вступивших в ее ряды. Однако считаю, что в нее должны входить все медицинские сестры, потому что только так голос Ассоциации будет звучать сильнее, следовательно и миссия ее будет выполняться.

Записала Валентина Евланова, корреспондент, г. Москва

Объединяясь, мы делаем невозможное возможным



■ **Светаило Вера Николаевна,**
главная медицинская сестра
психиатрической больницы №3 им.
В.А.Гиляровского г. Москвы.
■ **Фото Валентины ЕВЛАНОВОЙ.**

Штрихи к портрету: По распределению после окончания медицинского училища Вера Светайло была направлена в психиатрическую больницу №3 – учреждение с богатой, двухвековой историей (кстати, в его стенах написаны первые в России должностные обязанности пси-

хиатрической медсестры). Отработав три года, ушла на «скорую помощь». Но 26 лет назад вернулась обратно, правда уже в качестве главной медицинской сестры. С тех пор и возглавляет сестринскую службу, в коллективе которой трудится свыше 400 медицинских сестер. Считает, для того, чтобы понимать, что нужно медицинским сестрам в данный момент (какую конференцию провести, какой мастер-класса организовать), следует все время быть с ними рядом. Поэтому ввела систематические обходы отделений, цель которых не наказать, а подсказать. По мнению Веры Николаевны, контролирующая функция очень важна, но она должна работать как вспомогательная, а не как репрессивная. Вере Светайло очень хочется, чтобы и пациенты получали качественную медицинскую помощь, и медперсонал был доволен своей ра-

ботой, шел в больницу с настроением, а уходил по окончании трудового дня с чувством удовлетворения от сделанного.

Юбилей Ассоциации медицинских сестер России стал поводом для Веры Николаевны поговорить о том, что волнует:

– Здорово, что есть РАМС, позволяющая каждому из нас почувствовать себя частичкой единого целого. Когда Московская региональная ассоциация в 2006 году активизировала свою работу, мы стали чаще бывать на всероссийских и даже международных конференциях, более тесно взаимодействовать с Национальной ассоциацией, возглавляемой Саркисовой Валентиной Антоновной, все остро почувствовали, что в объединении – сила. Чем больше мы будем общаться друг с другом, делиться опытом и способами решения проблем, тем нам будет легче.

На мой взгляд, РАМС многое делает для повышения профессиона-

лизма сестринских кадров. В проводимых ею семинарах, форумах принимают участие не только главные, старшие медицинские сестры, но и рядовые. Недавно одна из наших московских коллег ездила на международный конгресс в Прагу. Без Национальной ассоциации это было бы невозможно.

Очень благодарны ассоциации за выпуск методической литературы. Изданный РАМС «Справочник для медицинской сестры психиатрической службы» стал для нас настольной книгой. Мы с удовольствием читаем журнал «Вестник Ассоциаций», который получаем бесплатно и откуда черпаем информацию о том, что происходит в сестринском сообществе. А поскольку численность членов Ассоциации у нас немалая, то он поступает в каждое отделение.

Велика заслуга РАМС в том, что она дала толчок к обучению. В нашей больнице все старшие медицинские сестры и часть их резерва имеют повышенный уровень образования. Есть возможность получать высшее сестринское образование, даже заниматься научной деятельностью, защищая кандидатскую степень.

А когда люди учатся, конечно, они меняются. Меня нисколько не обижает устоявшееся выражение «Медсестра – помощник врача», наоборот, мне кажется, это – здорово! Медицинская сестра и должна быть помощником врача. Но уровень взаимоотношений сегодня уже иной, чем раньше, это – уровень коллегиальности. Недаром говорят – «сестринское дело». Значит, у нас есть свое дело, которое мы можем делать самостоятельно. Например, пациенты с алкогольными делириями, нуждающиеся в удерживании, практически полностью – на попечении медицинской сестры. Она выполняет гигиенические процедуры, следит за давлением, частотой пульса, дыханием – словом, ведет наблюдение и, если видит ухудшение состояния, сообщает врачу. С одной стороны – она помощник, с другой, – самостоятельный работник, который принимает решения конкретно по уходу за пациентом, выбирает тактику, делится своими наблюдениями, обсуждает их с доктором, а не ждет, когда тот скажет: «Иди измерь давление». Раньше у медсестры не

было права голоса. А сейчас доктора очень часто советуются с ней по различным вопросам. Кстати, одной из особенностей работы медицинской сестры в психиатрическом учреждении является ведение дневников наблюдения за пациентами.

Думаю, врачи не могут не чувствовать, что медицинские сестры стали другими. Но меняться должны не только мы, но и доктора, и младший медперсонал, который в психиатрии вовлекается в систему наблюдения за пациентами. На мой взгляд, следует организовать для таких работников курсы, чтобы обучать элементарным знаниям по психиатрии, приемам правильного удерживания больных.

Одну из больших проблем на сегодняшний день вижу и в том, что выпускники медицинских училищ имеют низкий уровень подготовки по психиатрии – этой дисциплине отводится всего 52 часа (24 часа – теория, остальные – практика). Чтобы адаптировать молодых специалистов к работе в таком учреждении, как наше, надо многому научить. Общими знаниями и навыками (забор крови, постановка капельницы и т. д.), они, конечно же, владеют, но этого недостаточно. Если психически здоровый человек все делает для того, чтобы помогать медицинской сестре, четко выполняет ее распоряжения, то психически больной зачастую поступает наоборот. Поэтому очень важно уметь найти подход к нему. А для этого, конечно, нужны навыки.

Мы в нашей больнице создали специальные методические рекомендации, пособия, помогающие побыстрее адаптировать новичков, организовали школу медицинских сестер, где обучаются те, кто не имеет опыта работы в психиатрии. Расписан план их подготовки. Сначала они знакомятся со всеми документами и прежде



всего с федеральным законом о психиатрической помощи. Затем практикуются в процедурном кабинете под руководством опытной сестры, шаг за шагом постигают все премудрости. После первоначального этапа обучения, длящегося два месяца, распределяем выпускников по подразделениям с учетом умения находить контакт с пациентами. Полагаю, подготовка медицинского персонала для работы с психически нездоровыми людьми – серьезная и глобальная задача, требующая внимания на федеральном уровне.

В сестринском сообществе страны давно и много говорится о стандартах деятельности, хотелось бы уже и работать по этим стандартам. Мы у себя в больнице их создали, однако считаю, они должны быть едины для всей России. Надеюсь, этот вопрос найдет отражение на предстоящем форуме, как и вопрос социальной защиты медицинского персонала, страховании профессиональных рисков (для нас это очень актуально, поскольку пациенты наши особенные).

Хотелось бы пожелать Национальной ассоциации, чтоб она крепла и росла за счет новых членов, чтобы побыстрее решались поднимаемые ею проблемы. Валентина Антоновна Саркисова – чрезвычайно преданный своему делу человек. Когда сталкиваемся с трудностями, берем с нее пример, вспоминаем, с какой энергией и неутомимостью она работает, добиваясь цели.

**Записала Валентина Евланова,
корреспондент, г. Москва**

ЛИДЕРЫ ИЛИ УПРАВЛЕНЦЫ: ВЫБОР ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ

В МОСКВЕ СОСТОЯЛОСЬ ЗАСЕДАНИЕ КООРДИНАЦИОННОГО



Ежегодно Ассоциация медицинских сестер России старается провести совещание всех руководителей региональных организаций – заседание Координационного совета. Исключением не стал и этот год, хотя на повестке дня остро стоял вопрос подготовки к Всероссийскому форуму, решение было принято, а заседание – проведено.

За год, прошедший с момента последней встречи, во многих региональных ассоциациях произошли значительные перемены; в итоге отчетно-выборных конференций выбраны новые руководители, члены Правления. Познакомиться со своими коллегами, опытом работы «сильных» регионов, с основными приоритетами работы общероссийской ассоциации стало их основной задачей в ходе прошедшего заседания. Открывая заседание, президент РАМС В.А. Саркисова тепло приветствовала всех участников и представила новичков. Среди них Андреева

Анна Владимировна – руководитель Архангельской ассоциации, Засыпкина Ирина Николаевна – руководитель ассоциации медсестер Республики Башкортостан, Родионова Юлия Михайловна – руководитель ассоциации Великого Новгорода, Кондратенко Галина Николаевна – руководитель Курской ассоциации, Кирвас Надежда Дмитриевна – руководитель ассоциации Ленинградской области, Новолоцкая Ирина Михайловна – руководитель Мурманской ассоциации, Аносова Любовь Ивановна – руководитель ассоциации медсестер Оренбургской области, Булавко Анна Александровна – руководитель Томской ассоциации медицинских сестер.

Особые приветствия всех собравшихся были обращены к новым коллективным членам Ассоциации медицинских сестер России – Ассоциации медицинских сестер Владимирской области, возглавляемой Гурской Светланой

Евгеньевной, и Ассоциации медицинских сестер Краснодарского края под руководством Гараниной Ольги Павловны.

Первая часть заседания стала отчетно-аналитической. Валентина Антонова поделилась главными достижениями Ассоциации за прошедший год, среди которых, например, вступление РАМС в Европейскую ассоциацию операционных сестер и Всемирный форум по медицинской стерилизации; проведение первого Всероссийского конкурса «Медицинская сестра года», аналогичного по масштабу и содержанию известному и престижному состязанию «Врач года»; признание на уровне МЗСР РФ новой ступени профессионального образования медицинских сестер – бакалавриата, включение в итоговую резолюцию совещания МЗСР РФ по вопросам образования задач по включению в образовательные программы вопросов, связанных с про-

КАКОВ БУДЕТ АССОЦИАЦИЙ

ОГО СОВЕТА РАМС



НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ

численность региональной ассоциации, тем меньше взносов она перечисляет в счет РАМС от каждого члена. Т. е. цифры членского состава растут, а сумма поступающих в РАМС взносов не меняется. Напрашивается вопрос – новые члены организации освобождены от уплаты взносов, или с течением времени сумма взносов сокращается, или взносы все-таки уплачиваются каждой медицинской сестрой в счет региональной организации, но в адрес национальной доходит не вся необходимая к оплате сумма? Кажется, все довольно прозрачно, в РАМС следует перечислять 30% от взносов, т. е. 70% остаются на уровне региона.

«К сожалению, некоторые региональные ассоциации уверены, что 70% для них недостаточно, им нужно 80%, 90%, 95%. Зачем тогда в принципе состоять в РАМС, каких результатов ждать от работы, которая не получает финансирования, кто, по мнению руководителей региональных отделений, должен РАМС финансировать?» – вот лишь некоторые из вопросов, обращенных исполнительным директором в адрес Координационного совета.

Каждая медицинская сестра задает вопрос: «Что мне дает ассоциация?» Давайте посмотрим, что отдает медицинская сестра в национальную организацию.

Оплата членских взносов в РАМС

Возьмем показатели
одного квартала

6 руб.
23 коп.

Расчет ежемесячной оплаты членских взносов каждой медицинской сестрой в РАМС



2012 год еще не закончен, итоги финансовой ситуации подводить пока преждевременно. Но если взять за основу статистику года предыдущего, то ежегодный взнос среднестатистиче-

ведением научных исследований в сестринском деле и внедрением доказательной медицины. Медленно, но верно курс подготовки специалистов сестринского дела в нашей стране совершает поворот в сторону углубления знаний клинических дисциплин, крен в сторону менеджмента хоть и с большим трудом, но поддается выравниванию.

Исполнительный директор РАМС Ольга Петровна Комиссарова остановилась на проблеме отчетности руководителей региональных организаций, именно на проблеме, поскольку у многих краткий ежегодный отчет о работе своей организации, информирование о количестве членов, распределении медицинских сестер по специальностям вызывает сложности. **Из 55 региональных организаций отчеты о работе за 2011 год представили только 19, отчеты о количестве членов – 17, а о качестве**

венном членском составе – 20 организаций. «Для национального офиса эти отчеты – не пустые бумажки, не статистики ради ведется их сбор. Мы должны строить свою работу исходя из реальных потребностей членов организации, а не из собственных субъективных соображений. Перед ассоциацией открыты разные пути, идти в наступление сразу по всем фронтам не получится, но, если мы будем знать, что значительную профессиональную группу в составе членов организации составляют акушерки, а не специалисты, скажем, лабораторной диагностики, значит, это обязательно найдет отражение в работе национальной организации», – отметила Ольга Комиссарова, призывая руководителей региональных ассоциаций к более открытому партнерству.

Удивление вызывает картина членских взносов. По странному стечению обстоятельств, чем больше становится



ской медицинской сестры в РАМС составил 67 руб. 20 коп.; ежегодный взнос РАМС в Международный совет медсестер в 2012 году составил 2,08 швейцарских франка за медсестру, или 72 руб. Т. е., получив в виде взноса 67 руб., РАМС следует каким-то образом преобразовать их в 72 руб. и перечислить в Международный совет, а еще в течение года проводить семинары, конференции, круглые столы, выполнять все международные проекты, разрабатывать документы, одним словом, производить результат.

«А ведь есть насущная необходимость выполнять больше, чем сегодня – учреждать гранты для исследовательских проектов медицинских сестер разных специальностей, проводить более широкую информационную работу, вовлекать в международное сотрудничество специализированные секции РАМС, проводить мероприятия по обмену опытом, мероприятия в поддержку имиджа сестринской профессии. Претворение этих планов в жизнь полностью в руках руководителей региональных организаций в составе РАМС», – резюмировала свое выступление Ольга Комиссарова.

Сложно обстоят дела и в области информационной политики профессиональных ассоциаций, отметила в своем выступлении Н.В. Серебренникова, менеджер РАМС по международному сотрудничеству. По всей видимости, определив в 2010 году пятилетний девиз Ассоциации: «Будущее профессии создадим вместе: Открытость, доступность, информированность», мы попали в одну из болевых точек организации. В 2011 году национальный офис выполнил поставленную перед ним задачу – модернизировал свой ин-

тернет-ресурс. Более года прошло с тех пор, как доступ и контроль над своей интернет-страницей был передан в каждую региональную организацию, однако за год воспользоваться этой возможностью решились не более десятка ассоциаций. Среди них, надо заметить, большинство давно имеют собственные сайты, т. е. те организации, для которых непрерывное общение со своими членами является приоритетом, так и остаются в меньшинстве. Стоит ли после этого руководителям региональных ассоциаций сетовать: «Мы столько всего делаем, а нас не ценят?» Думается, нет, не стоит – невыполнение задач информирования членов организации о своей работе в эру информатизации равносильно полному отсутствию какой бы то ни было проводимой работы.

Аналитическую часть заседания Координационного совета открыл специальный гость Ассоциации, координатор проекта Международного совета медсестер «Лидерство в переговорах» Франсис Саппарайен. Как ни удивительно, выступление нашего коллеги с далекого острова Маврикий оказалось на 100% созвучным тому, что более всего беспокоит Ассоциацию медицинских сестер России.

«Кто вы – лидеры или управленцы?» – так Франсис сформулировал основной вопрос своего выступления. Быть эффективным управленцем

важно, иначе невозможно решать ежедневные задачи управления делами общественной организации, тем более иначе не получится справиться со своими должностными обязанностями в лечебных учреждениях и департаментах. Напомним, что подавляющее большинство руководителей региональных организаций работают без отрыва от основного места работы. На начальном этапе общественной деятельности это плюс, но чем больше становится профессиональная организация – тем больше задач следует выполнять, причем тех, что могут идти вразрез с политикой администрации.

«Лидер и управленец – вовсе не одно и то же», – подчеркнул Франсис. Управленец это тот, кто выполняет свою работу правильно, реализует политику администрации, соблюдает субординацию, действует в рамках своих полномочий и не выходит за них. Лидер действует иначе – он выполняет правильную работу, строит свои приоритеты исходя из потребностей членов организации, а не пожеланий администрации, расширяет круг своего общения, ищет новые каналы коммуника-





ции, создает альянсы с разными организациями, предпочитает преодолевать препятствия и добиваться результатов, а не двигаться по маршруту, который за него определен. Лидер сам выбирает путь для своей организации.

«В практике нашей организации этот дуализм присутствует, – подтвердила в своем обращении к членам Совета президент РАМС. – Нередко сталкиваясь с ситуацией – РАМС от имени всей организации протестует против решения Минздравсоцразвития, призывает к определенным шагам, обращается с предложением изменить те или иные негативные для сестринского персонала Приказы и распоряжения, а регионы хранят молчание. Медицинские сестры повсеместно уходят из профессии, либо по собственному желанию, устав от застоя и отсутствия перспектив, либо по решению ЛПО и в рамках “оптимизации” медицинской помощи. А руководители региональных организаций упорно не хотят это обсуждать, опасаясь даже тени критических замечаний в адрес региональных властей». На Федеральном, да и на международном уровне национальная организа-

ция заявляет о проблемах, о глубоком кризисе в нашей отрасли, но на фоне всеобщего «молчаливого одобрения» это выглядит просто неправдоподобно.

Деятельность общественной организации тем и отличается от бюрократии, что все решения, все шаги исходят не от руководства, а от членов организации. Именно для этого в ассоциациях сформирована структура ключевых членов. О любых профессиональных проблемах ключевые члены – а это наиболее активные в общественной работе специалисты – сообщают в свою региональную организацию. Те из них, что неразрешимы на уровне региона, подлежат передаче в адрес национального офиса РАМС. Казалось бы, простая и понятная схема, на выходе которой мы получаем солидарный голос медицинских сестер в пользу тех или иных перемен. Но в РАМС эта схема так и не начала работать. Если на «входе» национальная организация получает запросы на приветствия в адрес региональных организаций и благодарности в адрес их членов, то о каких глобальных решениях для сестринского дела можно вести речь на «выходе»?

«Для меня лидерство – это готовность к новому, готовность сделать больше, чем от тебя в данный момент требуют, – продолжила президент РАМС. – Не могу привести “показательный” пример из нашей работы. Все вы

знаете, одним из громких событий 2011 года стало проведение Всероссийского конкурса “Медицинская сестра года”. Многие из вас откликнулись на эту идею, интерес к конкурсу самих медицинских сестер был немалый. Решение о конкурсе принималось МЗСР по инициативе РАМС. Участие в конкурсе было открыто для всех, поэтому мы с радостью принимали работы от медицинских сестер, не являющихся членами организации, от тех регионов, где ассоциации не созданы, либо существуют, но не в составе РАМС. Совершенно нормально, что далеко не все регионы решили представить свои работы. Но, как ни парадоксально, когда МЗСР был объявлен новый конкурс, когда уже в 2012 году вышел официальный приказ за подписью заместителя министра, некоторые президенты профессиональных ассоциаций свое первоначальное решение изменили с формулировкой – в первый раз конкурс проводился РАМС, без приказа министерства, а теперь, после выхода этого документа, мы стоим в стороне не можем. Для меня это означает одно – многие из нас пока остаются хорошими управленцами, хорошими исполнителями, но для лидерства и общественной инициативы у таких президентов заряда явно не хватает», – резюмировала Президент РАМС.

«Понимаю, звучит все это провокационно и неожиданно для многих из вас, – продолжила свое обращение Валентина Антоновна. – Но, поймите, общественная организация не должна превращаться в бюрократический механизм слепого исполнения решений



Минздрава, поддержки всего и вся. Проблемы в сестринском деле есть, отрицать это просто невозможно, замалчивать их – губительно для нашей организации. Если мы не добьемся перемен, не станем честнее с самими собой, региональную структуру организации придется пересматривать. Я понимаю объективную составляющую складывающейся картины – многие из вас зависимы в своих действиях от региональных властей, идти против собственного работодателя зачастую невозможно. Если так, то надо быть избрательными, вести переговоры, где-то уступать, а где-то идти в наступление, настаивать на выигрышных для сестринских коллективов решениях, тем более, что в условиях острой нехватки кадров вашим руководителям будет не устоять. Профессиональные ассоциации всего мира добиваются максимальной отдачи от властей именно в кризисных условиях, потому что без медицинских сестер функцио-

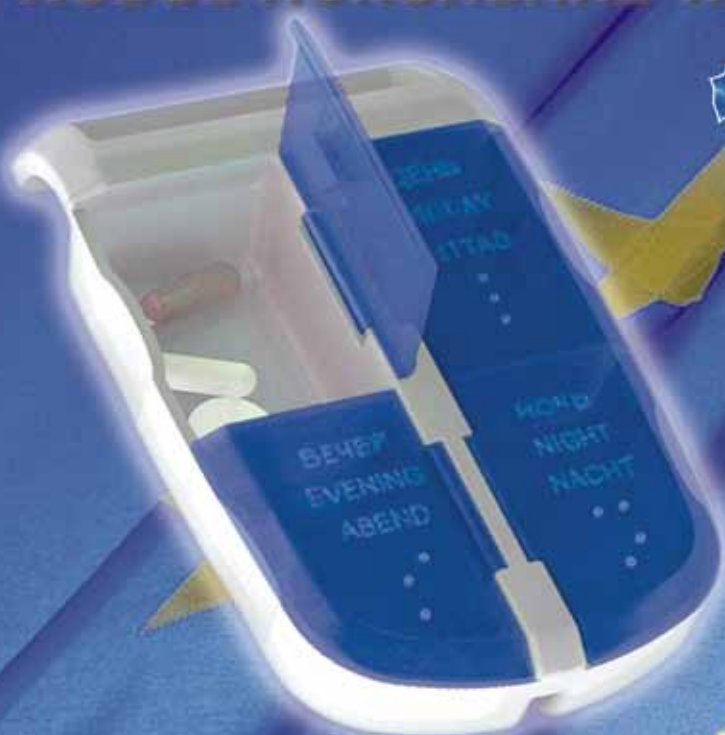
нирование любой системы здравоохранения ставится под вопрос. Но просто плыть по течению, “молчаливо” соглашаться для руководителя профессиональной ассоциации недопустимо», – отметила в заключение своего выступления Валентина Саркисова.

В рамках заседания прошла работа в группах – опытные и совсем недавно избранные руководители региональных организаций в тесном кругу обсудили то, что их волнует больше всего, попытались сформулировать те организационные решения, которые могли бы сделать общение по линии региональный офис более содержательным и насыщенным именно профессиональной проблематикой. Одни справились с обсуждением моментально, другие высказались о том, что задача сформулирована серьезно и сиюминутного решения не потерпит. «Требуйте от нас большего, раскачивайте и провоцируйте, – отвечая на поставленные вопросы, отметила прези-

дент Ульяновской ассоциации Ирина Галицкая. – Мы и правда слишком погружены в свои повседневные профессиональные заботы, проблем на практике действительно хватает, но иногда мы склонны забывать о том, что наш голос, наши предложения значимы в масштабах всей страны».

В рамках заседания опытом работы поделились президент Новосибирской профессиональной ассоциации Л.Д. Голлобова, а также исполнительный директор Кемеровской организации Е.В. Буш. Это одни из немногих организаций, которым удается лавировать между общественными задачами и административными барьерами, преодолевать бюрократические препоны путем тонкой политической игры. Заседание завершилось, но точки в дискуссии поставлено не было. Багаж вопросов – вот что увозили с собой в регионы руководители региональных ассоциаций, покидая заседание Координационного совета.

НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ ТАБЛЕТНИЦ



Патент России № 50415



Изготовлены из пластика с
антибактериальными
добавками серебра

СИЛЬВЕРПЛАСТ[®]

Сокращение количества
жизнеспособных
микроорганизмов на 99,9%

Бактерицидный эффект - 8 лет

ВСЕРОССИЙСКИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КОНКУРС «МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ГОДА»

В НОМИНАЦИИ «ЛУЧШАЯ МЕДСЕСТРА»

I место



Мышкина Л.В., *Киров*

II место



Романова А.А.,
Воронеж

III место



Ли В.Н.,
Южно-Сахалинск

В НОМИНАЦИИ «ЛУЧШАЯ АКУШЕРКА»

I место



Дружинина Е.В., *Омск*

II место



Помаслова З.Н.,
Вологда

II место



Сафонова С.Г.,
Пенза

В НОМИНАЦИИ «ЛУЧШИЙ ФЕЛЬДШЕР»

I место



Мацеха Е.Е.,
Чита

II место



Баранов Н.А.,
Коми

III место



Кузнецов К.А.,
Марий Эл

III место



Соловьев Н.Ф.,
Иваново

В НОМИНАЦИИ «ЛУЧШАЯ АНЕСТЕЗИСТКА, МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ»

I место



Протасова Н.Н.,
Ленинградская обл.

II место



Дмитриева С.Г.,
Марий Эл

III место



Попова Е.Е.,
Омск

В НОМИНАЦИИ «ЛУЧШАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ СЕСТРА»

I место



Калита О.А.,
Краснодар

II место



Григорьева Я.В.,
Чита

III место



Тихонова С.А.,
Кемерово

В НОМИНАЦИИ «ЛУЧШИЙ РУКОВОДИТЕЛЬ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ»

I место



Кравченко Л.В.,
Кемерово

II место



Виноградов С.В.,
Иваново

III место



Волобуева В.П.,
Белгород

В НОМИНАЦИИ «ЛУЧШАЯ МЕДСЕСТРА ПЕРВИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

I место



Говорова Е.Н.,
Воронеж

II место



Комарова С.А.,
Архангельск

III место



Чан Л.А.,
Вологда



МЫШКИНА

Людмила Витальевна,

к. м. н., медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии № 3 КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница».

Квыбору своей профессии я подошла осознанно. Еще с детства мне хотелось помогать людям. В 10–11 классе я проходила учебную практику в Кировской областной клинической больнице, где научилась делать первые инъекции, ухаживать за пациентами и поняла – это мое. В профессии медицинской сестры меня привлекает помощь людям. Когда пациенты находятся в больнице, им всегда не хватает тепла, внимания, участия, ласковых слов. Медицинская сестра больше времени проводит с пациентами, чем врач, именно она может успокоить, вселить уверенность в благополучном исходе заболевания. Для пациентов принципиально: медсестра просто зашла в палату, сделала укол и удалилась или же выполнила инъекцию, поговорила с человеком, морально, психологически поддержала. Ведь не даром говорят: слово для больного – дороже лекарства иного.

С 2005 года занимаюсь научно-исследовательской работой под руководством главной медицинской сестры Кировской областной клинической больницы Г.И. Суслопаровой, заслуженного работника здравоохранения РФ и Е.Ю. Шкатовой, д. м. н., доцента, зав. кафедрой мобилизационной подготовки

I место в номинации «Лучшая медицинская сестра»

здравоохранения и медицины катастроф Ижевской государственной медицинской академии. Именно их я считаю своими учителями и наставниками в работе. Под их руководством мной разработаны учебно-методические материалы: «Программа периоперационный сестринский процесс», включающая информацию о возможных проблемах пациентов и стандарты сестринских вмешательств при них, план проведения бесед с пациентами перед и после операции, алгоритмы ухода за послеоперационными больными. Мной разработаны методические пособия по проведению школ здоровья для пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (школа язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, школа для пациентов с гепатитами), с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (школа артериальной гипертонии, ИБС, школа для пациентов, перенесших инсульт, школа для пациентов с сердечной недостаточностью), с заболеваниями почек и мочевыводящих путей, с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (школа для пациентов с остеопорозом, остеоартрозом, остеохондрозом, ревматоидным артритом), с заболеваниями бронхо-легочной системы (астма-школа, школа для пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, школа отказа от табака), школа будущих матерей, школа для пациентов с хронической венозной недостаточностью, методические рекомендации «Психологические факторы терапевтического обучения пациентов».

По каждой школе создана серия методических пособий для пациентов: впоследствии мне удалось их внедрить в практическую работу городских и областных ЛПУ. Разработана экспертная карта оценки качества работы медсестры, на основании которой можно выявить основные недостатки на этапах оформления медицинской документации, выполнения врачебных назначений, трудовой дисциплины, этики и деонтологии, приема и сдачи дежурства, соблюдение санэпидрежима, а

также сравнить уровень качества работы в динамике.

Профессионалам важно помнить – мы должны не только лечить болезни, но и помогать людям сохранить здоровье. С этой целью мной подготовлены просветительные материалы по пропаганде здорового образа жизни: «Женское здоровье», «Диетическое питание», «Здоровое питание», «Здоровый образ жизни», рекомендации «Профилактика пьянства и алкоголизма в различных возрастных группах». Свою практическую деятельность совмещаю с преподаванием в Кировском медицинском колледже. Выступаю на научно-практических конференциях: внутрибольничных, областных, межрегиональных с международным участием – с докладами по реформированию сестринского дела и внедрению новых технологий в работе медицинской сестры. Все разработанные материалы и защиту кандидатской диссертации «Эффективность обучающих сестринских технологий в повышении качества жизни пациентов» считаю своим главным профессиональным достижением. Имею 18 публикаций в научных журналах.

К участию в конкурсе меня подтолкнуло желание поделиться с коллегами результатами своих исследований по внедрению сестринских технологий в работе с пациентами. В будущем планирую продолжить свою практическую деятельность в медицине и занятия научно-исследовательской работой. Всеми своими достижениями я благодарна руководству Кировской областной клинической больницы, ассоциации медицинских сестер Кировской области, а также своим коллегам по работе.





РОМАНОВА
Альбина Анатольевна,

старшая медицинская сестра
кардиологического отделения
Воронежской областной клинической
больницы № 1.

В медицине по призванию

«О профессии медицинской сестры я мечтала с детства и всегда себя видела в белом халате. Я любила играть “в больницу”, лечила кукол и подружек, делала им уколы, мазала зеленкой раны. Поэтому без колебаний приняла решение о поступлении в медицинское училище. По окончании обучения для дальнейшей работы я выбрала престижное лечебное учреждение – Воронежскую областную клиническую больницу № 1 и об этом ни разу не пожалела», – говорит старшая медицинская сестра кардиологического отделения Романова Альбина Анатольевна.

Свой трудовой путь медицинской сестры она начала в отделении гинекологии, освоила там ряд специальностей: палатной, процедурной, перевязочной медсестры. В 2006 году после окончания факультета ВСО ВГМА, прохождения интернатуры, Альбине Романовой предложили должность старшей медицинской сестры кардиологического отделения, где она и работает по настоящее время. Сейчас у героини этого скромного очерка в подчинении немалый штат персонала: 25 медицинских сестер и 18 санитарок. Отделение

II место в номинации «Лучшая медицинская сестра»

расположено в трех блоках, рассчитано на 70 коек, включает в себя палаты интенсивной терапии и реанимации.

«В коллективе стараюсь создавать микроклимат взаимоуважения и доверия», – говорит Альбина, – к каждому найти свой подход. При этом остаюсь верна четкой линии “руководитель – подчиненный”. Имеет ярко выраженные лидерские качества, но в то же время ей присущи сердечность, душевность, гуманность, чуткость – говорят коллеги по работе. – Она тактична, коммуникабельна, вежлива. Может найти подход к пациентам, умеет разъяснить смысл рекомендаций лечащего врача больному и его родственникам, умеет быстро собраться в экстремальной ситуации, принять правильное решение. Гармонично сочетает высокие моральные качества и умение всем своим поведением способствовать возвращению здоровья и трудоспособности больному человеку, старается отвлечь каждого пациента от тяжелых мыслей, внушает им бодрость духа и веру в выздоровление – так отзываются о ней пациенты. Альбина Анатольевна – добросовестный, ответственный сотрудник, принципиальный руководитель, четко знает границы своих полномочий – говорит администрация лечебного учреждения.

Она представитель нового поколения профессионалов-медиков: сохраняя в себе лучшие традиции преемственности, не забывает своих наставников, учителей, продолжая школу мастерства сестринского дела.

«Мне повезло, что рядом со мной всегда были замечательные люди, которые помогли понять, что медицина – это навсегда. Для меня настоящими учителями являются старшая медицинская сестра Р.М. Алленных и главная медсестра больницы – Т.П. Нестерова. Они – мои наставники, которые дали мне путевку в жизнь. Очень большую поддержку оказывает заведующий кардиологическим отде-

лением, профессор С.И. Кузнецов и коллектив Воронежской РОО «Ассоциация медицинских работников Центра Черноземья», – поделилась с нами Альбина.

В учреждении говорят, что Романова всегда умеет адаптироваться к нововведениям, а исполняя обязанности главной медицинской сестры больницы, Альбина была включена в резерв на выдвижение на вышестоящую должность. Она активно участвует в общественной деятельности: входит в состав Совета сестер ВОКБ № 1, возглавляет сектор по контролю качества медицинской помощи, принимает участие в семинарах, выступает с докладами на научно-практических конференциях, преподает на областных курсах повышения квалификации.

Стиль руководства, способность увидеть новое, гармонично развивать перспективные направления в сестринском деле, своевременно поддержать инициативу и самостоятельность сотрудников – можно оценить как образец современного руководителя.

Как сказала Альбина Анатольевна: «Для меня участие во Всероссийском конкурсе – это как олимпиада для спортсмена, где нужно продемонстрировать волю и стремление к победе, выложиться на все сто процентов и получить заветное призовое место».

Поздравляя с заслуженной наградой – победой во Всероссийском конкурсе, пожелаем Альбине Анатольевне здоровья, верных друзей, мудрых учителей и успехов в работе.

**Совет медицинских сестер
больницы**





ЛИ

Валентина Николаевна,старшая медицинская сестра
Центра медицинской профилактики
ГБУЗ «Областная детская больница».

Валентиной Николаевной я знакома с 2004 года, в бытность ее работы старшей медицинской сестрой неврологического отделения детской городской больницы г. Южно-Сахалинска и, одновременно, студенткой-заочницей Дальневосточного государственного медицинского университета. Среди коллег характеризуется как знающая, требовательная, принципиальная старшая медицинская сестра.

С 01.02.2009 г. Валентина была переведена старшей медицинской сестрой

III место в номинации «Лучшая медицинская сестра»

в Центр медицинской профилактики ДГБ, который я возглавляла. Несмотря на значительную разницу в возрасте (Валентина Николаевна – ровесница моей дочери), у нас сложились отличные отношения, наверное, потому, что у нас было много общего: ответственное отношение к работе; стремление к успеху, профессиональному росту, желание сделать порученное дело лучше.

Познакомившись поближе, я поняла, что судьба не всегда была к ней благосклонна. В 10-м классе Валя тяжело заболела, что не позволило ей поступить в вуз. Вернулась в Бошняково – поселок Сахалинской области, где жила мама; устроилась работать санитаркой в участковую больницу. Старательной санитарке доверяли выполнять несложные процедуры, уход за детьми. Выбор профессии был определен.

В 1989 году Валя поступила в Южно-Сахалинское медицинское училище на фельдшерское отделение. Учеба давалась легко, медицинское училище окончила в 1992 году, получив направление на работу в детский сад. Но к тому времени сад еще не был сдан в эксплуатацию, и Валентина пришла в 1-е инфекционное отделение детской больницы, где лечились самые маленькие пациенты. Она не пожалела о

своем выборе, ответственно трудилась палатной медицинской сестрой.

В числе первых медицинских работников учреждения Валентина поступила в Дальневосточный медицинский университет по специальности «Менеджер сестринского дела», а у нее в то время было двое детей, причем младшему – несколько месяцев (помогал муж и мама).

Медицинская сестра высшей квалификационной категории по специальности «Сестринское дело в педиатрии», член ассоциации медицинских сестер России с 2000 года, Валентина Николаевна всегда была примером для сотрудников, лидером. Имея серьезную теоретическую подготовку по профилактической работе, ярко выраженные лидерские качества, навыки администрирования, желание брать ответственность на себя, Валентина Николаевна принесла в работу Центра медицинской профилактики новый импульс. Постоянно участвовала в разработке и продвижении программ профилактической направленности, являясь одновременно активным и ответственным исполнителем.

За время работы старшей медицинской сестрой Центра медицинской профилактики (01.02.2009–01.02.2012 гг.) значительно увеличился объем профилактической работы среди прикрепленных к детской больнице контин-



гентов; появились новые организационные направления в работе с детьми ДОУ, школ. По ее инициативе и непосредственном участии Центр медицинской профилактики активно занялся издательской деятельностью – увеличился объем и качество выпускаемого информационного материала. Открыт сайт в учреждении, на котором лично ею размещались в год до 30 материалов профилактической направленности для детей, подростков, родителей.

В 2010 году ГБУЗ «Областная детская больница» приняла участие в российском конкурсе проектов по здоровому образу жизни «Здоровая Россия». Все три представленных проекта: «Знать, чтобы уберечь себя»; «Пропаганда, поощрение и поддержка грудного вскармливания»; «К здоровой семье – через детский сад» вошли в библиотеку лучшего российского опыта по пропаганде здорового образа жизни.

Наряду с лидерскими качествами, принципиальностью, Валентина Николаевна остается очень мягкой, внимательной к пациентам, коллегам, родителям, с развитым чувством долга и сострадания, всегда готова прийти на помощь.

Валентина Николаевна – прекрасная мать троих детей, младшей девочке всего 9 месяцев, прекрасная хозяйка.

В профессии медицинского работника ее привлекают близость к пациенту, участие в его судьбе, желание «поднять» его, выходить.

Валентина Николаевна – активный участник научно-практических конференций учреждения, дважды занимала 1-е места за представленные научно-практические исследования. Принимала участие в российских конференциях «Ярмарка здоровья – вклад в укрепление нации» (г. Дубна, сентябрь 2008 г.); «Здоровье нации – основа процветания России» (г. Москва, сентябрь 2011 г.). В мае 2010 г. представляла учреждение на 1 съезде педиатров Дальнего Востока (г. Хабаровск).

Конечно, не каждому врачу довелось не просто участвовать в работе таких форумов, а еще и представлять учреждение и делиться опытом работы.

К участию в конкурсе Валентину Николаевну подтолкнуло желание проверить свои силы, свой профессиональный уровень. Любой конкурс для нее – это учеба, возможность узнать новое. 3-е место во Всероссийском конкурсе – это, конечно, высокий профессиональный уровень, профессиональное достижение.

Следующим шагом станет обучение в аспирантуре. И я уверена, что так и будет – Валентина Николаевна еще не раз заявит о себе, и не лишней для нее будет поддержка коллег, руководства учреждения, региональной Ассоциации медицинских сестер России.

Коллектив ГБУЗ «Областная детская больница» и коллектив ГБУЗ «Южно-Сахалинская городская детская поликлиника» желают Валентине Николаевне новых успехов, новых побед.

**Чернышева Галина Ивановна,
зав. Центра медицинской профилактики
ГБУЗ «Южно-Сахалинская городская
детская больница»**

BD Venflon™ Pro Safety

Безопасный периферический
внутривенный катетер
2-го поколения



24% от всех
зарегистрированных
случаев контакта с кровью –
это попадание
крови на слизистые
оболочки⁵



Ежегодно в Европе
регируется примерно
1 миллион
ранений иглой¹⁻⁵



Спасая жизнь, защити себя

56% зафиксированных случаев можно
было бы предотвратить, используя
безопасные устройства⁶

BD Venflon™ Pro Safety

**Сочетание клинических преимуществ
биоматериала канюли BD Vialon™
и свойств безопасного катетера 2-го поколения**

- Защита от разбрызгивания крови и укола иглой⁶
- Снижение риска флебитов⁷⁻¹¹



BD

Helping all people
live healthy lives

1. EPINet Data. Dee May RGN, DMS. Period of Study: July 2000 to June 2001. 2. Surveillance of Occupational Exposures in Italy: the SIROH program, Gabriella De Carli, Vincent Puro, Vincenzo Puro, Giuseppe Ippolito, and the SIROH group, SIROH, 6 - 2002. 3. EPINet Spain, 1996 - 2000. Hernandez - Navarrete MJ, Aribas - Llorent JL, Campins Marti M, Garcia de Codes Ilario A. 4. Risk of Hepatitis C Virus Transmission following Percutaneous Exposure in Healthcare Workers, 2003 - G De Carli, V Puro, G Ippolito, and the Studio Italiano Rischio Occupazionale da HIV (SIROH) Group. 5. Eye of the Needle 2008: United Kingdom Surveillance of Significant Occupational Exposures to Bloodborne Viruses in Healthcare Workers. 6. Data on file 7. Gaukroger PB, Roberts JG, Mannes TA. Infusion thrombophlebitis: a prospective comparison of 645 Vialon and Teflon cannulae in anaesthetic and postoperative use. Anaesth Intens Care 1988;16:265-271. 8. Jacquot C, Fauvage B, Bru JP, Croize J, Calop J. Effect of type of material on thrombophlebitis risk with peripheral venous catheters. Ann Fr Anesth Réanim 1989;8:3-7. [French language, English abstract]. 9. Maki DG, Ringer M. Risk factors for infusion-related phlebitis with small peripheral venous catheters: a randomized controlled trial. Ann Intern Med 1991;114:845-854. 10. McKee JM, Shell JA, Warren TA, Campbell VP. Complications of intravenous therapy: a randomized prospective study - Vialon vs Teflon. J Intrav Nurs 1989;12(5):288-295. 11. Myles PS, Buckland MR, Burnett WJ. Single versus double occlusive dressing technique to minimize infusion thrombophlebitis: Vialon and Teflon cannulae reassessed. Anaesth IntensCare 1991;19:525-529.

BD, Логотип BD и все другие торговые марки –
собственность Becton, Dickinson
и Компании © BD 2012 EMAMED082012

BD в России
Москва, 127018, Россия
ул. Двинцев д.12, корпус 1
тел.: +7-495-775 8582
факс: +7-495-775 8583
www.bd.com/ru

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ ВСЛЕДСТВИЕ ОНМК: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАНЯТИЙ РИСОВАНИЕМ

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ПРОЕКТ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



■ **Комплиментова Лариса Гельевна,**
старшая медицинская сестра
отделения патологии речи и
нейрореабилитации № 1 СПб ГБУЗ
«Городская больница № 40»

Актуальность проблемы

Оказание качественной помощи больным, перенесшим инсульт, не случайно является одним из приоритетных направлений программы модернизации отечественного здравоохранения. Инсульты, будучи предотвратимыми, поддающимися успешному лечению в первые часы после проявления, до сих пор представляют серьезный вызов для нашего общества.

Инсульт молодеет, на отделение патологии речи и нейрореабилитации нашего стационара (здесь проводится ранняя реабилитация пациентов) нередко поступают молодые люди в возрасте 25–30–40 лет. Инвалидизация после инсультов стоит на первом месте в Санкт-Петербурге. Задача нашего отделения – вернуть этих людей обратно в жизнь, в социум.

Работа в этом отделении натолкнула меня на мысль применения нестандартных форм работы с пациентами. Известно, что нарушения речи и двигательных функций имеет место в результате кровоизлияния в левом полушарии мозга. Именно для таких пациен-

тов мною был разработан исследовательский проект, направленный на тестирование нового вида сестринских вмешательств – арт-терапии.

В бригаду по восстановлению пациентов включены и неврологи, и физиотерапевты, и логопеды, методисты ЛФК, массажисты, и физиотерапевты. Пациенты получают медикаментозное лечение.

Реабилитация направлена на восстановление утраченных функций.

Исследование проводилось с июля 2010 года по март 2011.

Исследовательский вопрос был сформулирован следующим образом:

Оказывают ли занятия рисованием на эффективность ранней реабилитации у пациентов с нарушениями речи при ОНМК?

Так как центры мозга, отвечающие за моторику и речь, находятся рядом в левом полушарии, то развитие тонкой моторики рук напрямую влияет на развитие речи. На этом основании было сделано предположение о том, что занятия рисованием способны помочь восстановлению речи.

Забегая вперед отмечу, что применение сестринского вмешательства привело к заранее незапланированным результатам – оно помогло более детально определять проблемы пациентов, такие как эмоциональное напряжение, депрессии, нарушения цветовосприятия, отеки правой руки. Занятия рисованием, как выяснилось, помогают и в диагностике синдрома неглекта.

«Неглект – это невнимательность к пораженной стороне или её отрицание.»

Разработка вмешательства

Казалось бы, нет ничего проще, чем организовать занятия рисованием. Тем

не менее, когда за рисованием стоит решение комплексных медицинских задач, подходить ко всему следует ответственно. Погрузившись в чтение специализированной литературы по изотерапии, которой оказалось не так много, я поняла, что без профессиональных консультаций здесь не обойтись.

В процессе разработки вмешательства пришлось и самой пройти дополнительное обучение – в школе коррекционного воспитания, где проводится работа с детьми. Приобрести необходимые знания помогли занятия лепкой, валянием, изотерапией, а также уроки по выбору и использованию красок для передачи чувств и настроения через тот или иной цвет.

Далее, уже в процессе эксперимента, программа арт-терапии для пациентов с ОНМК подвергалась дальнейшей доработке, уточнению и совершенствованию.

Содержание вмешательства

Перед занятием пациент делает легкую разминку. При помощи пластилиновой массы, он начинает лепить «детские» поделки: «колбаски», «шарики», «улитки» и пр., чередуя поделки с гимнастикой для рук. Приемами проведения такой гимнастики со мной поделились методисты ЛФК нашего учреждения. Впоследствии, по совету специалистов коррекционной школы, пластилиновую массу мы заменили природными материалами – глиной и воском.

Подобно тому, как строятся занятия с маленькими детьми, мы рекомендовали родственникам пациентов сшить «тренажер» – на кусок материи пришить пуговицы различного диаметра, конфигурации и состава. Пациентам

предлагалось ощупывать эти пуговицы здоровой и паретичной рукой. Упражнения на моторику тренируют память, воображение, координацию и раскрывают творческие способности.

Как выяснилось, держание карандашей и кисточек в пораженной руке – отличный способ развития моторики, не хуже специальных упражнений. Было отмечено, что через некоторое время занятий пациенты избавлялись от отека руки.

Характеристики квази-экспериментального исследования

Исследование проводилось без создания контрольной группы. Критерием включения пациентов в экспериментальную группу послужили возраст пациентов – от 30 до 50 лет; нарушение речи на ранней стадии инсульта; ОНМК в бассейне левой сонной мозговой артерии; имеющие срок госпитализации не менее 30–35 дней.

Длительность госпитализации была значима в данном исследовании в связи с необходимостью проведения не менее 15–20 занятий арт-терапией.

Продолжительность индивидуальных занятий составляла 20–60 минут в день, с 15.00 до 17.00.

Участников исследования 10 человек. Вмешательство: рисование.

Цель: повысить качество жизни пациентов после ОНМК

Задачи:

- оценить свои проблемы
- оценить свои возможности
- стимулировать внимание к пораженной части тела
- развить мелкую моторику рук, ловкость пальцев
- улучшить координацию рук и глаз
- усилить когнитивные способности
- помочь пациенту справиться с постинсультным стрессом
- снизить АД, головокружения, боли

Место проведения:

Уютная комната с тихо играющей музыкой.

Принадлежности: бумага, краски с богатой палитрой, краски для рисования руками, фломастеры, карандаши, кисточки, глина и воск для лепки, письменный стол.

Сбор предварительных данных: изучение историй болезни, где записаны дневники лечащего врача – невро-



лога, консультации логопеда, консультации психотерапевта, назначения лечебно-реабилитационной комиссии (врачи физиотерапевт и врач ЛФК)

Данные, полученные в результате наблюдения

1. *Самозабота* (кормление, одевание, туалет, гигиена, причесывание).

По данным наблюдения 20% из группы не могут причесываться. Просят помощи у медперсонала. Как правило, это женщины с длинными волосами.

2. *Мобильность* (подвижность, транспортировка, передвижение)

Мобильны.

3. *Коммуникативные навыки* (речь, написание, чтение, использование телефона) – снижены. Пациенты либо не говорят, либо говорят медленно, тихо, с большими паузами. При возбуждении говорят отдельные слова. Редкое использование телефона. Чтение невозможно, т.к. не понятен смысл прочитанного. Некоторые пациенты подолгу читают простые фразы.

4. *Социальные навыки* (вовлечение в социальную активность, наличие социальных навыков) С удовольствием рисуют или выполняют назначения логопеда.

5. *Продуктивность* (добровольная работа, трудоустройство, обязанности)

Охотно приходят на занятия – 80%

6. *Отдых* (интересы, участие)

Смотрят телевизор, ходят на прогулки.

Наблюдение за пациентами помогало осуществлять палатные сестры отделения.

Технология вмешательства

При внедрении вмешательства мы руководствовались задачей определения приоритетов для каждого пациента, старались применить индивидуальный подход и оценить, что вызывает максимальное беспокойство пациента.

Занятия по рисованию проходили от простого к сложному.

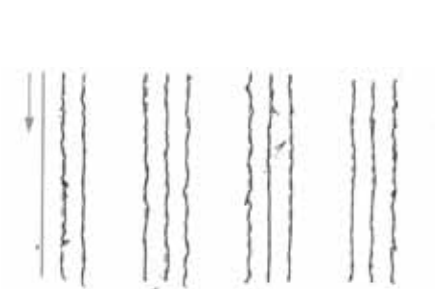
На первых занятиях пациенты учились держать кисточку в руке, затем подбирать краски, определять, какие цвета их более всего привлекают.

Далее по ходу вмешательства использовались детские раскраски – перед пациентами ставилась задача дорисовать волны у корабля, лучи у солнца, дождь из тучи, раскрасить картинки.

В конце курса реабилитации пациент рисует «свой» рисунок о том, что бы он хотел увидеть, что его беспокоит, о чем он мечтает, т.е. цель этого упражнения – нарисовать свои чувства и эмоции на бумаге.

Многие пациенты во время занятий предпочли желтый цвет. Научная литература свидетельствует о том, что именно этот цвет чаще используют люди с неврологическими проблемами.

Некоторые пациенты столкнулись с проблемой цветовосприятия. Пациент Б. очень долго не мог вспомнить желтый цвет, путая его с красным. Для лечащего врача это послужило дополнительной информацией.



Психологам давно известно, что лепка и рисование позволяют избавиться от напряжения, "выплеснуть" накопившиеся агрессию и раздражительность. Пациент В., придя на занятие, был сильно возбужден. Он не мог выговаривать слова, называл лишь отдельные слоги. Занятие мы начали с рисования руками, и через 30 минут его настроение улучшилось. Он заговорил спокойно, выделяя каждое слово, и ушел из кабинета, улыбаясь.

Рисование помогает человеку укрепиться, поверить в свои силы. В психологии есть такое понятие «потеря своего я». Человек, попадая на больничную койку, решает, что он никому не нужен, одинок и забыт всеми. Внимание, которое он получает в больнице, усиливает его желание восстановиться после тяжелой болезни. Он понимает, что о нем думают, заботятся, в него верят.

Пациентка С. в начале курса рисовала маленькие цветы в левом нижнем углу бумаги. Таким образом можно было определить неглект. Пациентка полностью отвергала свою правую часть тела, просила тех, кто с ней общался, не вставать с правой стороны, не обращала внимание на свою правую паретичную руку. Для того, чтобы изменить это отношение к себе, принять себя такой, как есть, мы с ней начинали рисовать с правой части листа. Порой, на занятиях мы только раскрашивали лист бумаги в яркие краски именно в правых частях рисунка.

Подобно тому, как учат восприятию мира маленьких детей, на занятиях рисованием мы с пациентами проговаривали названия всех красок: «синий», «красный», «желтый», для того, чтобы они запомнились. Далее пациентам предстояло самостоятельно ответить на вопрос: «Какого цвета краска?».

Как в любом исследовании всегда бывают не только положительные ре-

зультаты, но и ошибки. Пациент Д. с удовольствием пришёл на занятия, уверенно взял кисточку с красками и начал рисовать непонятные рисунки с удивительным сочетанием цветов. На следующем занятии я попросила его нарисовать лес. Деревья, трава, солнце всё было зеленого цвета. Рисовал он неохотно, долго думая, как рисовать. На третье занятие он не пришел. Никакие убеждения на него не подействовали. Следовательно, нельзя ставить человека в определенные рамки. Если он рисует свой мир, не надо ему мешать.

Пациент Б. Ходил на занятия с удовольствием, пока я не дала ему разрешить рисовать детские раскраски. Но он не смог дорисовать мелкие рисунки и ушел. Дальше он отказался от занятий. Позже я узнала от его жены, что после инсульта он стал плохо видеть и рисование мелких форм ему дается очень тяжело.

Таким образом, работа с пациентами подтвердила актуальность индивидуального подхода.

Критерии оценки занятий по рисованию.

Для оценки эффективности занятий по рисованию использовались различные критерии и инструменты.

Во-первых, был проведен опрос пациентов – участников эксперимента.

На вопрос «Помогли ли занятия рисованием вам восстановить речь?» утвердительный ответ был получен в 100% – т. е. от всех пациентов.

На вопрос «Нужны ли такие занятия для восстановления речи?» утвердительный ответ был получен также в 100% – т. е. от всех пациентов.

Информативными, с точки зрения оценки эффективности вмешательства, стали заключительные записи логопедов, неврологов в истории болезни.

Тестирование пациентов с целью установить развитие тех или иных навыков проводилось и во время занятий.

Например, в начале и в конце занятий пациенты выполняли одно задание – рисовали по пунктирной линии прямую, не отрывая от рисунка своей руки. Если в начале занятий линия получалась неуверенной, неровной, с цирками вокруг – у пациента тряслись руки, то в конце занятий линии уже выходили ровными, прямыми, уверенными, четкими.

Вторым тестовым заданием стало рисование радуги. В самом начале занятий пациенты тратили на выполнение этого задания от двух до четырех часов. В конце срока пребывания в больнице рисунок удавалось выполнить за 40 минут.

Метод восстановления речи при помощи рисования, был отмечен логопедами и неврологами и включены в индивидуальную программу по восстановлению пациентов. Вот некоторые оценки специалистов отделения:

«...Афазия- это комплексное нарушение уже сформировавшейся речи, к которой относится не только устная речь, но и письмо, и чтение, и восприятие речи. У большинства людей доминантным по речи является левое полушарие, но правое полушарие тоже имеет свою специализацию в речевой функции. В правом полушарии мозга «живут» автоматизмы, на которые мы опираемся в попытках «растормозить» речь в тяжелых случаях проявления афазии, также там находится обобщенное восприятие предположений, сопоставление обобщенного зрительного предметного образа и слова, мелодико-интонационная функция речи, правое полушарие играет главную роль в восприятии эмоциональной речевой экспрессии. И одним из логопедических нейропсихологических методов в работе с афазией логопеды проводят работу над активацией правого полушария мозга,



что особенно важно в случаях тяжелого проявления речевого дефекта. Автоматизированные ряды, пение песен, договаривание и прочие традиционные логопедические технологии быстро надоедают пациентам, и в этом случае индивидуальные занятия, связанные с рисованием, манипуляциями с разными материалами, сотворение чего-то своими руками играет важную роль в восстановительном нейропсихологическом комплексном процессе. Любое дополнительное педагогическое воздействие на пациента не повредит, но занятия изобразительным искусством внесли свой особый вклад в восстановительный речевой про-

цесс. Пациенты, посещавшие дополнительные индивидуальные занятия больше мотивированы, контактны, на занятиях мы обсуждаем, что они делали сегодня, что надо приготовить для завтрашнего занятия. Такая целенаправленная активизация правого

полушария и упрочнение зрительных представлений в том числе и собственных способствует восстановлению номинативной функции речи, упрочнению автоматизированных рядов и что немаловажно оказывает положительное мотивационное и эмоциональное воздействие...»

«...Арт-терапия в условиях специализированного лечения для больных, перенесших инсульт, способствует улучшению речевой функции (стимуляция спонтанной речи), моторной функции правой руки, праксиса. В комплексе с используемыми методами, ЛФК, механотерапией помогает восстановить или улучшить нарушенные функ-

ции и тем самым делает медико-социальную реабилитацию более продуктивной...»

Человек, перенесший инсульт, получает второе рождение и учится жить заново. Начинается жизнь с памперсов, далее первые шаги, первые слова. Вероятно поэтому простые занятия, как в детском возрасте, являются одним из видов реабилитации, которые стоит рекомендовать для пациентов, перенесших инсульт.

Было бы интересно ознакомиться с аналогичными исследованиями в других клиниках нашей страны. Уверена, что медицинские сестры, посредством творческого отношения к своей работе, способны внести вклад в раннюю реабилитацию больных с ОНМК.

В заключение хочется поблагодарить коллектив отделения патологии речи и нейрореабилитации за помощь в реализации этого проекта, заведующего отделением и врачей отделения за поддержку и внимание к проведенной работе.

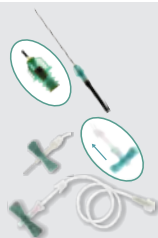
Предложение специалистов по обеспечению безопасности в вашей лаборатории

СИСТЕМЫ ДЛЯ ВЗЯТИЯ, ХРАНЕНИЯ И ТРАНСПОРТИРОВКИ
БИОМАТЕРИАЛОВ

VACUETTE®
Greiner Bio-One



Крышка с винтовой резьбой пробирок VACUETTE® - удобство и экономия времени при открывании пробирки; минимизация риска возникновения аэрозольного эффекта при открывании крышки; исключение самопроизвольного открывания пробирок при центрифугировании и транспортировке.



Иглы Vacuette® Visio Plus

Двусторонние иглы VACUETTE® Visio Plus гарантируют безопасность и комфорт процедуры взятия крови для пациента. Уникальная конструкция камеры для визуализации тока крови облегчает работу медперсонала, сокращает время взятия крови, исключает попадание крови из камеры в пробу.

Иглы-бабочки Vacuette®

Иглы-бабочки системы VACUETTE® идеальны для взятия крови у детей и пациентов со сложными венами. Уникальный механизм защиты Safety фиксирует иглу в прочном чехле, полностью исключая вероятность укола иглой. Активация защиты возможна в процессе «выхода» из вены.



Держатель VACUETTE® QUICKSHIELD с надёжной защитой от укола (отдельно и в комплекте с иглой, одноразовый).

Защитный кожух исключает повторное использование и вероятность травмы персонала.

Простота использования в сочетании с эргономичным дизайном.

Не требует изменения техники венопункции.

Держатель VACUETTE® Speedy с механизмом сброса иглы

Прост в использовании. Исключает необходимость выкручивания иглы из держателя.

Не требует изменения техники венопункции.



Новое поколение контейнеров для отходов класса «В»

Универсальные контейнеры для безопасного сбора и дальнейшей утилизации двусторонних игл, инсулиновых шприцов, игл-бабочек и т.д.

Конструкция окна для сброса отходов имеет специальную форму для отделения игл Луэра.

**МЕДИЦИНСКАЯ
КОМПАНИЯ**



Россия, 125047, Москва, 4-я Тверская-Ямская ул., д. 16, корп. 3

Тел./факс: (495) 925 8150 (многоканальный)

www.omb.ru, omb@omb.ru



КРАВЧЕНКО
Лариса Владимировна,
главная медицинская сестра
ГБУЗ «Кемеровская областная
клиническая больница».

Главная медсестра, какая она?

Смиренная, дерзкая, миловидная, кроткая, соблазнительная... Какой только не предстает медицинская сестра в книгах, газетах, на страницах модных журналов, в конце концов, в анекдотах. Почему представительница такой милосердной и по истине женственной профессии хотят видеть обольстительницей? Пусть над этим вопросом ломают головы психологи, благо в наследство им досталось немало учебных пособий от великих философов. А мы попробуем нарисовать подлинный портрет. Тем более что водить будем не кистью по холсту – ведь краски только копируют реальность. А вот человеческие эмоции рисуют обrazy. Сколько может быть их у одной обаятельной женщины и профессионала своего дела?..

Мысли порождают слова, слова – поступки, поступки – привычки, привычки – характер, характер – судьбу...

Анастасия, дочь

– Нельзя до 16.30 быть сильной и мудрой, а в 16.31 стать белой и пушистой. Сегодня, в свои 23, когда уже сама состоялась как женщина – стала женой, как работник – стремлюсь к росту, от-

I место в номинации «Лучший руководитель сестринской службы»

четливо понимаю, что моя мама не могла не покорить свой собственный «Эверест». То, что она в своей профессии доросла до этой должности – закономерность. Доходить до вершины – это мамина привычка. Может, потому что жизнь не оставила ей другого выбора. Оставшись с малышкой на руках одна – мне было 6 лет, когда погиб папа, ей приходилось каждую минуту быть сильной как отец, но и оставаться нежной мамочкой. Работать по двое суток и при этом находить время, чтобы в годы дефицита для любимой Настеньки связать ажурную юбочку или самую лучшую на свете мягкую игрушку... Это не подвиг, просто это её характер – быть 24 часа в сутки сильной, мудрой и пушистой. Такая вот судьба.

Н.Ю. Шалякина (бывшая заведующая)

– Человек, который четко знает, чего он хочет – трепетно относится и к собственному времени, и к чужому. Как бывший руководитель тогда еще палатной медицинской сестры, а затем старшей медсестры неврологического отделения, могу сказать, что Ларисе, уж позвольте так мне называть мою бывшую подопечную, ничего не нужно повторять дважды. Если это работа с документами, то никаких погрешностей, если больные – то всегда собранность и внимание. Таким и должен быть медик, наша профессия редко позволяет работу над ошибками.

Старшие медицинские сестры

– В главном лечебном учреждении области ко всему повышенное внимание и требования, соответственно, особенные. Так уж сложилось исторически. С самого основания Кемеровская областная клиническая больница в лидерах, поэтому, чтобы соответствовать статусу, необходимо быть на высоте, но все мы живые, а не манекены, у

каждого есть свои заботы, да и больные – это особенные люди. Больного человека «задеть» может даже самая рядовая ситуация. Лариса Владимировна очень дипломатично умеет найти выход из любого затруднительного положения. Она действительно дипломат – не устраивает скандалов, не позволяет грубостей и дерзости. Наши «рабочие ситуации» – назовем их так, всегда разбираются очень спокойно. Может, от того, что руководитель даже в конфликтной ситуации с тобой деликатен и уважителен, хочется «провалиться сквозь землю» от стыда, если и вправду виноват. Кстати, такой стиль поведения помогает в личной жизни. Умение вести диалог пригодится не только женщине-руководителю, но и жене и маме. Говорят, женщиной не становятся, ею рождаются. Нам кажется, что и руководителем надо родиться. Ведь истинный лидер не тот, кого боятся, а кому доверяют и к кому прислушиваются.

Коллектив врачей

– Наша работа – это тандем. Врач и медицинская сестра – как правая и левая рука должны работать инстинктивно. С приходом Ларисы Владимировны это усвоили не только ее подчиненные, но и многие врачи. Дар убеждения, грамотная речь, выстроенная на аргументах, а не на эмоциях, и личное обаяние – козыри нашей главной медицинской сестры.

Корзина шариков...

Н.И. Мамедова – начальник отдела информации и общественных связей

– Наша жизнь расписана поминутно – это особенность сегодняшнего времени, от которой не уйти. Ее просто нужно принять. С вечера планируем дела, а в течение дня к этому списку под завязку еще до-

бавляется что-то. Мы так мало времени проводим с родными, близкими. Даже в выходные, нередко, отдаем предпочтение работе. А если еще добавить дежурства медиков, экстренные вызовы и т. д., то многие просто сутками не видят родных.

У каждого из нас есть своя «корзина цветных шариков» – это праздники, памятные даты, выходные. Загляните, много там осталось шариков? Арифметика простая – посчитайте, хотя бы, сколько воскресений в году и сколько вы из них проводите с друзьями и близкими?

На мой взгляд, задача современного руководителя, который живет с учетом сегодняшних реалий, создать такую корзину и в своем коллективе. Лариса

Владимировна никогда не забывает личные даты своих сестер, на юбилеи – корзины цветов, подарки; к профессиональному празднику всегда готовится шоу, на которое приглашаются и родные...

«Самоучитель: как стать начальником», «Построй свою карьеру», «Галопом по лестнице к креслу начальника»... Можно до бесконечности приводить примеры брошюр, методичек, пособий, которыми завалены книжные магазины. Стремление стать руководителем – нормальное желание любого специалиста, но главное, ради чего? Ради амбиций? Или ради того, чтобы благодаря опыту кому-то помочь выйти из сложной ситуации, или чтобы стать примером, как построить жизнь, или

просто подсказать. Поступки становятся привычками, привычки – характером... Руководитель – это наставник, учитель...

Свои штрихи к портрету оставили многие, кому ежедневно приходится общаться с лучшей главной медицинской сестрой России:

– Доброжелательна и проницательна! Хитрость видит насквозь, наоборот, у рыжеволосых все-таки есть лисьи повадки. Заботливая, приветливая и всегда классно выглядит! Благодаря Ларисе Владимировне в нашем коллективе нет понятия дресс-код, есть понятие: женщина всегда остается женщиной – и на танцполе и на посту.

Сестринский коллектив



**ВИНОГРАДОВ
Сергей Владимирович,**

заместитель главного врача
по работе с сестринским персоналом
ГУЗ Областная клиническая
психиатрическая больница «Богородское»,
Ивановская область.

В 1995 году Сергей с отличием окончил Кинешемское медицинское училище по специальности «Лечебное дело». С вручением диплома открылась дверь в будущее – во взрослую жизнь и ответственную профессию. «С самого детства я твердо знал, что буду медицинским работником. При этом я единственный из мно-

II место в номинации «Лучший руководитель сестринской службы»

гочисленной родни являюсь медработником: остальные нашли себя на других профессиональных поприщах», – говорит сегодня Сергей о выбранной профессии.

Первый профессиональный опыт был приобретен в неврологическом отделении Кинешемской городской больницы № 2, а с 1997 года Сергей Владимирович уже сотрудник ГУЗ ОК-ПБ «Богородское» в должности медицинского брата общего мужского психиатрического отделения № 4. Работа увлекла, но с каждым днем появлялось все больше вопросов, и главный из них – как сделать сестринскую помощь лучше, как реализовать возможности профессии? А с таких вопросов, как известно, и начинается путь к новым знаниям. Уже в 2000 году Сергей оканчивает факультет ВСО ИвГМА, а в 2005-м – аспирантуру в Ивановском НИИ Мид им. В.Н. Городкова МЗ РФ, защищает кандидатскую диссертацию.

Сегодня нередко можно услышать из уст специалистов – «нас не при-

знают, нам не доверяют». Но Сергею удалось не раз продемонстрировать свои знания, увлеченность делом, доказать свою профессиональную состоятельность. Дальновидный руководитель клиники просто не мог не заметить своего единомышленника. Поэтому не случайно, что в 2006 году Сергей Владимирович назначается на должность главного медицинского брата, с марта 2009-го – переводится в ранг заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом. Но, как говорится в старой русской поговорке, «не место красит человека, а человек – место». Поддержка руководства клиники дала главное – возможность реализовать планы по реорганизации сестринской службы.

С 2007 года под руководством С.В. Виноградова сформирована новая организационно-функциональная модель управления средним и младшим медперсоналом путем создания Совета по сестринскому делу с тремя комиссиями (учебно-воспитательного, производственного, санитарно-профи-



мен, хочется быть причастным к созданию в нашей стране качественного здравоохранения и полных возможностей для медицинских работников всех специальностей», – говорит Сергей Виноградов. Поэтому сегодня он активный участник всероссийских, межрегиональных и областных конференций.

В багаже молодого руководителя уже немало наград и признаний профессионализма, в том числе и Почетная грамота Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

С 2010 года Сергей назначен руководителем секции РАМС «Сестринское дело в психиатрии», является Почетным членом Ивановской областной общественной организации медицинских сестер и средних медицинских работников. В августе 2011 года назначен главным внештатным специалистом по специальности «Сестринское дело» Департамента здравоохранения Ивановской области. Но и это далеко не предел возможностей!

«К сожалению, реформы здравоохранения довели отрасль во многих ее направлениях к упадку, кадровому голоду, низкому уровню жизни среднего медицинского персонала. Поэтому следующий мой шаг будет направлен на формирование предвыборной платформы в областную думу, – говорит Сергей Владимирович и добавляет: – Никто не решит проблемы отрасли лучше нас самих; если мы будем устремляться от политики, значит, потеряем шанс на реализацию собственного мнения – мнения профессионалов».

лактического) и двух подкомиссий (по качеству и лечебному питанию).

За время работы С.В. Виноградов организовал школы для процедурных медицинских сестер, санитарок-буфетчиц, стал инициатором проекта санитарного просвещения лиц с психическими расстройствами по нескольким направлениям. Провел несколько научных исследований, в центре которых и вопросы качества помощи, и проблемы безопасности персонала.

«На протяжении моего профессионального становления постоянно встречаются люди, которых я считаю своими учителями. Эти и преподавательские составы Кинешемского медицинского училища и Ивановской медицинской академии, преподаватели послевузовского образования Санкт-Петербургской медицинской академии имени И.И. Мечникова, это и коллеги по работе, и руководитель лечебного учреждения. Особая роль принадлежит и общественным организациям: общероссийской и Ивановской региональной ассоциациям. Конечно, равняться на всех нельзя. Однако брать самое лучшее: знания, упорство, целеустремленность, любовь к профессии и людям, умение сопереживать – от каждого из учителей, является неотъемлемой частью моего профессионального роста», вот профессиональное кредо Сергея Виноградова.

На руководящем посту Сергей уделяет большое внимание проведению процедур стандартизации, разработке

систем мотивации и стимулирования, аттестации и обучения персонала, установлению и поддержанию единых требований к содержанию и качеству профессиональной деятельности среднего и младшего медицинского персонала, разработке учебно-методических материалов.

Работа сестринской службы отлажена благодаря четкому следованию стандартам и алгоритмам, которые ввел в практику учреждения Сергей Владимирович. Документы касаются самых разных аспектов работы сестринского персонала: от единого описания психического состояния пациента до четких инструкций получения, хранения и использования товаров аптечного ассортимента.

«Просто созерцать происходящее не в моем характере, хочется пере-





**ВОЛОБУЕВА
Ольга Петровна,**

главная медсестра,
ОГУЗ «Противотуберкулезный диспансер»,
г. Белгород.

*«Понять работу медсестры
порою очень, очень сложно.
Ее незримые труды заметить
часто невозможно».*

С детских лет я мечтала связать свою судьбу с одной из самых благородных и гуманных профессий – медицинской сестры. Правда, мама хотела, чтобы я стала работником культуры. Но мое желание было настолько сильным, что в тайне я подала документы в медицинское училище.

За годы учебы и практических занятий я поняла, что сделала правильный выбор. Окончив медицинское училище с красным дипломом, я рассчитывала устроиться на работу в хирургическом отделении. Эта работа считалась не только самой интересной, но и недостижимой, говоря современным языком, «престижной», – высшим пилотажем в профессии медицинской сестры. И вот моя мечта сбылась, я пришла работать в хирургическое отделение больницы.

Каждый день работы в отделении не похож на предыдущий. Медицинская сестра всегда в центре лечебной деятельности больницы – обеспечивает уход за больными, выполняет различные диагностические и лечебные процедуры.

Я научилась находить подход к разным пациентам, говорить ласковые

III место в номинации «Лучший руководитель сестринской службы»

слова и улыбаться, успокаивать и поднимать настроение. Душевность, способность к восприятию переживаний ближнего, ответственное и искреннее понимание своего долга перед людьми, осознание того, что ты и только ты можешь и должен помочь заболевшему человеку обрести полноту существования – то есть стать здоровым, – вот нравственные показатели нашей профессии. Несведущему человеку может показаться, что работа медицинской сестры – исполнительская, но на самом деле – она творческая.

Проработав в хирургическом отделении 18 лет, я ни разу не усомнилась в собственном выборе.

Сегодня я работаю главной медицинской сестрой в противотуберкулезном диспансере. Ранним утром прихожу на работу и захожу в свой кабинет – настоящий организационно-консультативный центр. Ведь в руках главной медицинской сестры большое хозяйство диспансера: и порядок в отделениях, и исправность аппаратуры, и наличие кадров на местах.

Большое внимание уделяю организации сестринского процесса. Направляю деятельность медсестер на то, чтобы все было готово к работе. Организовываю работу младшего медицинского персонала, уделяю особое внимание чистоте, дезинфекции и уюту в отделениях. Нелегко управляться с таким большим коллективом, поэтому иногда мне приходится быть и строгим администратором – разумно сочетать требовательность и доброжелательность.

В 2009 году в диспансере организован учебно-методический кабинет по сестринскому делу. Кабинет позволяет медсестрам без отрыва от производства постоянно повышать профессиональный уровень по вопросам оказания помощи больным и борьбы с туберкулезом. В 2011 году на его базе организован региональный учебный центр подготовки средних медицин-

ских работников. Цель создания центра – сделать знания доступными для сестер в рамках решения поставленных перед нами задач, а также поиск инновационных решений нестандартных проблем. Преподавание в этом центре – это еще одна интересная грань моей профессии.

Чтобы всегда быть на достойном профессиональном уровне, приходится самосовершенствоваться – читать медицинскую литературу, изучать новые приказы Минздрава. Свой опыт, знания и любовь стараюсь передать медицинским сестрам и пациентам в процессе работы, на конференциях и в беседах.

По опыту своей работы я знаю, что отзывчивость, сострадание и понимание способствуют установлению психологического контакта с сотрудниками. Сколько разных характеров – учишься радоваться с ними, переживать. Нельзя работать в профессии, если ты не призван исполнять то, что она диктует.

Главной задачей в своей дальнейшей работе считаю создание сплоченного коллектива, где каждый сотрудник сможет проявлять себя с самой лучшей стороны. Другой жизни для себя я не представляю и горжусь тем, что тепло души – моя профессия.



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ДОЛГ И ЛИЧНЫЕ ИНТЕРЕСЫ

ВОЗМОЖЕН ЛИ РАЗУМНЫЙ БАЛАНС



■ **Том Фаллер,**
доктор философии, профессор
кафедры медицинской этики
Университет Портланда,
г. Портланд, Орегон, США

*Живет свободно только тот,
кто находит радость
в исполнении своего долга.*
Цицерон

Случай из жизни:

На пути следования медицинской сестры на работу произошла авария, имелись пострадавшие. Медицинская сестра спешила на работу – как раз в этот день было назначено заседание аттестационной комиссии. Будучи отлично подготовленной, медицинская сестра имела высокие шансы на отличные результаты аттестации, впоследствии на карьерный рост и повышение заработной платы.

Забыв о собственных интересах, медицинская сестра оказала пострадавшим первую помощь и сопровождала их до ближайшей больницы. Пострадавшие остались живы, но медицинская сестра, опоздав на заседание комиссии, не аттестовалась.

Вопрос: Каким этическим принципом руководствовалась медицинская сестра, когда решила предпочесть помощь попавшим в ДТП своим собственным карьерным задачам?

Анализ ситуации.

Большинство людей в той или иной мере готовы помогать другим. Для многих, в том числе для работников здравоохранения, забота о других людях становится неотъемлемой частью жизни. Выбирая профессию медицинской сестры, многие руководствуются желанием помочь людям. Уход за больными становится для таких медицинских сестер той работой, которая дает возможность самореализации. Служение пациенту, работа во благо его благополучия, оказание помощи в болезни, участие в профилактической работе, помощь в сохранении здоровья, поддержке жизни – все это разные грани сестринской профессии, которая, как зафиксировано в между-

народном и национальном Кодексе сестринской этики, «существует для того, чтобы обеспечивать сестринской помощью всех в ней нуждающихся». (Американская ассоциация медицинских сестер, Кодекс медицинских сестер с пояснениями).

В большинстве случаев уход за пациентом полностью совпадает с интересами медицинской сестры, однако возникают ситуации, в которых оказание помощи требует личного самопожертвования. Так, выполнение отдельных задач во благо пациента временами может идти в разрез с собственными интересами и благополучием.

Этот конфликт отчетливо демонстрирует, что хотя желание нести добро пациентам и составляет значительную долю принципа милосердия, сам этот принцип коренится не только в личном желании работника, но имеет и другие основания. Когда уход за пациентом приносит удовольствие и удовлетворение, следование принципу милосердия не составляет труда. Но когда требования этого принципа расходятся с желаниями медицинской сестры, ситуация становится уже не столь однозначной. Вероятно, медицинская сестра предпочла бы не оказывать помощь госпитализированному пациенту без определенного места жительства, распростираящему вокруг себя не самые приятные запахи. И, конечно же, любая медицинская сестра предпочла бы попасть на заседание аттестационной комиссии, дающее шанс на более высокую квалификационную категорию, должность и оплату оказанию помощи пострадавшим в ДТП.

Если в подобных ситуациях медицинская сестра оказывает помощь бездомному или пострадавшему в ДТП, следовательно, речь идет не о реализации ее собственных интересов и желаний. Вероятнее всего, речь идет о выполнении долга. Если требования долга и веления собственного сердца, желания медицинской сестры совпадают, ситуация идеальна. Однако долг порой требует от нас выполнения тех вещей, которые в отсутствие долга мы бы выполнять не стали. По долгу службы мы начинаем действовать в направлениях, противоположных собственным желаниям. Поэтому, соблюдение в жизни этических норм порой связано с самопожертвованием и внутренними усилиями, хотя в большинстве ситуаций этическое поведение полностью укладывается в рамки собственных предпочтений.

Откуда мы узнаем, в чем состоит наш долг? Таких оснований есть несколько. В контексте профессиональной этики часто утверждается, что основанием долга является обещание, т. е. речь идет о «профессиональной клятве». Согласно этому взгляду

профессиональные обязанности проистекают из своеобразного договора между работником и клиентом. В случае с сестринским делом, общество наделяет работников этой профессии определенными правами и привилегиями, в ответ медицинские сестры обещают соблюдать высокие стандарты своей работы, включая те, что выражены в Этических кодексах. Любой человек, входящий в профессию медицинской сестры, налагает на себя тем самым все обязательства, сопутствующие избранной профессии, в том числе, обязательство помогать людям. Профессия медицинской сестры по определению предполагает помощь пациентам, поэтому пациенты и общество ожидают от медицинских сестер помощи.

Вне зависимости от философских оснований долга, иногда достаточно сложно определить, что и в какой мере от нас требуется, особенно в отношении принципа милосердия. Иными словами, что подразумевает долг в отношении помощи другим? Или, какой степени самопожертвования и усилий требует от нас выполнение долга? Ответ на эти вопросы определяется тем контекстом, в котором они возникают.

Хотя мы нередко восхищаемся людьми, полностью отдающими себя во благо другим людям, такие герои устанавливают чрезмерно высокие стандарты выполнения долга в сестринской профессии. Медицинская сестра должна быть весьма осмотрительна с самопожертвованием. Одновременно мы все осуждаем ту медсестру, которая действует исключительно по должностной инструкции и отказывается пожертвовать даже немногим во благо пациента. Разумную меру самопожертвования следует искать посередине между этими крайностями. Так сколько же самопожертвования требуется от медицинской сестры для выполнения своего долга и оказания помощи людям?

В ситуациях аналогичных рассматриваемой медицинской сестре необходимо найти некий баланс между выполнением профессионального долга и реализацией собственных интересов. Формулы для расчета этого баланса не существует. В конечном счете, определение разумного баланса – это вопрос, который решается медицинской сестрой в диалоге со своей совестью.

В заключение стоит отметить, что работа медицинской сестры связана с гуманизмом. В рамках своей практики медицинская сестра не просто оказывает помощь, но делает каждого человека, весь мир вокруг себя гуманнее, поскольку доминирующим принципом ее работы и служения людям остается принцип милосердия – нести пациенту добро и не причинить ему вреда.

Evaluating Nursing Research to Understand the Evidence: Quantitative Studies

КРИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ: КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

Публикациями в этом разделе журнала мы еще и еще раз акцентируем внимание на роли научных данных в совершенствовании сестринской помощи. Как уже было отмечено в предыдущих статьях, не все научные данные одинаково достоверны. Поэтому третьим этапом внедрения доказательной сестринской практики является их критическая оценка. Подробно рассматривая этот вопрос, мы посвятим ему две публикации.

Как отмечают Мельник и Файнаут-Оверхолт, критическая оценка научных данных требует от медицинских сестер знаний в области анализа достоверности, релевантности и применимости обнаруженных данных для решения имеющегося клинического вопроса. Поскольку цель внедрения научных данных в практику состоит в улучшении результатов лечения, важно, чтобы отобранные для этой цели данные были надежными и достоверными, чтобы они действительно были способны повысить качество сестринского ухода. Следовательно, медицинская сестра, перед которой стоит задача внедрения доказательной практики, должна уметь проводить критический анализ результатов различных исследований. Такой анализ поможет убедиться в том, что результаты исследований были получены путем применения строгих и систематических методов, и могут быть использованы в работе с определенной популяцией пациентов.

Методы критической оценки результатов исследования (опубликованной научной статьи) определяются тем, о каком исследовании идет речь – качественном или количественном. О том, как анализировать и оценивать надежность, релевантность и применимость результатов количественных исследований и будет идти речь в этой статье. Следующая публикация этой рубрики будет посвящена критической оценке качественных исследований.

Оценивать научные данные можно в рамках индивидуальной или коллектив-

ной работы. Работа в команде всегда обладает особым преимуществом – она делится на всех участников процесса. Кроме того, в результате коллективных действий каждый участник этой работы приобретает достаточно глубокое понимание проанализированного исследования. В конце всей этой работы медицинские сестры должны определить сильные и слабые стороны исследования, понять, как были достигнуты заявленные в научной публикации результаты, и как применить эти результаты во благо своим пациентам. Процесс оценки исследования поможет специалистам лучше понять имеющиеся научные данные, степень их полезности для последующего планирования и внедрения нового сестринского вмешательства для своих пациентов и, как следствие, улучшения сестринской практики.

Итак, после того, как в процессе поиска и обзора научной литературы обнаружены результаты количественного исследования, которые интересны специалистам с точки зрения внедрения в свою практику, эти результаты должны пройти критическую оценку. Важно понять следующее: почему было проведено данное исследование, и являются ли его результаты надежными, релевантными и применимыми на практике. Обсуждение этих вопросов формирует определенный список критериев оценки научных данных, приведенный ниже.

В чем состояла цель исследования?

В любом исследовании всегда представлена исходная информация, из которой следует, почему возникла необходимость проведения данного исследования, каковы проблемы в имеющейся научной литературе, в результате которых нераскрытыми остаются определенные сведения и вопросы по теме исследования. Цель исследования состоит в том, чтобы восполнить имеющиеся пробелы в знаниях или найти решения имеющейся проблемы.

Например, если в опубликованной ранее литературе почти нет данных о том, стоит ли родителям быть вместе с детьми во время выполнения болезненных процедур, цель количественного исследования будет состоять в ответе на вопрос: отличаются ли результаты лечения (уровень болевых ощущений детей) в зависимости от того, допущены или нет родители к при-

сутствию с ребенком на этой процедуре. Цель исследования может состоять и в дополнительной оценке того, играет ли роль в уровне боли пол родителя или ребенка, наличие в семье других детей.

Во всех количественных исследованиях цель и задачи исследования должны быть представлены в начале публикации; и цель, и задачи должны быть понятными. Если цель исследования сформулирована в форме вопроса или гипотезы, то формулировка должна быть точной и краткой.

Являются ли результаты достоверными?

Мельник и Файнаут-Оверхолт отмечают, что достоверность определяется тем, применялись ли при планировании и проведении исследования значимые научные методы. Оценить достоверность результатов исследования мы можем, взглянув на методы определения выборки, качество инструментов для измерения переменных, протоколы сбора данных и процедуры их анализа.

Выборка: Определение выборки должно основываться не только на том, чтобы в нее попали только пациенты интересующей исследователя популяции, но и на том, чтобы выборка была достаточно объемной, что гарантирует от случайных или преднамеренных результатов.

Первое, выборка должна включать пациентов только интересующей исследователя популяции. Например, если интересующей популяцией являются дети, получающие стационарную помощь, в выборку должны попасть только они, и ни в коем случае не те дети, которые получают медицинскую помощь амбулаторно.

Второе, не менее важно то, как пациенты, попавшие в выборку, распределяются в группы (экспериментальную и контрольную). Например, если количественное исследование связано с тестированием нового вмешательства для улучшения показателей снижения боли у госпитализированных и прооперированных детей школьного возраста в сравнении с традиционными методами обезболивания для школьников, важно, чтобы распределение выборки в две группы было рандомизированным, т. е. случайным. Это значит, что у всех школьников, попавших в выборку, имеются равные шансы войти в испытуемую или контрольную

ную группу. Существуют разные методы рандомизации, но важен не столько избранный исследователем метод, сколько итог его применения и случайное распределение школьников в испытуемую группу, где они получат новую терапию и в контрольную группу, где лечение будет традиционным.

С другой стороны, если в рамках исследования не предполагается тестирование нового вмешательства, если речь идет о том, чтобы пациенты заполнили несколько анкет, рандомизированного распределения выборки не требуется, пациенты могут быть включены в группы исходя из удобства или целенаправленного решения. В этом случае выборка продолжает отражать интересующую исследователя популяцию пациентов, но пациенты распределяются в нее, потому что с ними легче связаться (удобство), или, например, потому что обладают опытом в исследуемом вопросе (целенаправленность). Например, если исследователю нужно изучить опыт прооперированных пациентов школьного возраста, то именно таких пациентов попросят принять участие в исследовании. Пациенты школьного возраста, госпитализированные по заболеванию не хирургического профиля, в эту выборку не войдут.

Третье, как подчеркивают Мельник и Файнаут-Оверхолт, важен размер выборки, с тем чтобы полученные результаты исследования были не случайностью, а результатом вмешательства. Определить приемлемый объем выборки для количественного исследования помогает анализ мощности, предполагающий определенные расчеты. Если объем выборки будет слишком мал, исследователь может сделать неверный вывод о том, что вмешательство не имело никакого положительного эффекта, хотя на деле такой эффект был.

Об исследованиях иногда говорят, что они должны быть достаточно мощными – это значит, что размер выборки должен быть достаточным для того, чтобы определить значимые отличия между методами лечения, если таковые действительно существуют. Анализ мощности должен всегда предшествовать определению выборки. Если анализ мощности не проводился, размер выборки можно рассчитать по числу измеряемых переменных, при этом на каждую переменную должно приходиться от десяти до пятнадцати участников.

Являются ли инструменты измерения переменных надежными и достоверными?

Надежность и достоверность инструмента определяется тем, насколько аккурратно и последовательно инструмент (анкета) измеряет то явление, для измерения которого используется. Допустим, что исследователю необходимо измерить, связано ли бремя ухаживающего за пациентом человека с депрессией, или бремя выполняющего уход меняется после того, как пациент получает определенное лечение. Явление тяжести или бремени ухаживающего нужно

будет измерить на основании анкеты о бремени ухода, заполняемой пациентом. Анкета (инструмент) будет в данном случае надежной, если она измеряет действительно бремя ухаживающего за пациентом, а не что-то близкое к бремени, например, тревогу. Анкета будет достоверной, если она стабильна, т. е. она при использовании снова и снова измеряет исходную концепцию или явление (стабильность теста); а также, если каждый вопрос анкеты измеряет эту концепцию (внутренняя устойчивость). Достоверность определяется с помощью нескольких статистических методов. Одним из таких методов, который позволяет измерить внутреннюю устойчивость, является Альфа Кронбаха. Приемлемым является показатель Альфы Кронбаха выше 70. Если так и есть, анкета действительно измеряет то явление, ту концепцию, для измерения которой она была подобрана или создана; если Альфа Кронбаха ниже 70, скорее всего, перед вами не самый подходящий инструмент измерения.

Анализ данных

Критически оценивая опубликованное научное исследование нужно всегда отмечать, насколько приемлемы те статистические методы, которые применялись для анализа данных; насколько статистически значимы полученные результаты. Сначала применяется описательная статистика, которая позволяет дать характеристику выборки по таким параметрам как возраст, пол, религия, уровень образования, а также рассчитать средние показатели, стандартные отклонения, частоту распределения и проценты.

Затем, исходя из цели исследования, применяется другая статистика. Например, если цель исследования состояла в том, чтобы определить различия между переменными, необходимо рассчитать т-тест, хи-квадрат и применить дисперсионный анализ АНОВА. Можно применить и другие статистические методы, включая многомерный дисперсионный анализ МАНОВА; если определенная переменная использовалась сопряженная (например, пол, уровень образования или дохода), можно провести анализ сопряженности АНКОВА (ковариационный анализ) или многомерный анализ сопряженности (МАНКОВА). Можно применить и другие дополнительные методы статистического анализа, главное, чтобы расчеты велись правильно и в соответствии с поставленным вопросом. Для новичка в исследованиях применение методов статистического анализа может представлять сложную задачу, и в этом случае рекомендуется обратиться к эксперту в области статистики.

Результаты статистического анализа могут быть значимыми или не значимыми, о чем говорит р-величина. Значимым является показатель р-величины от .05 и ниже; такое его значение говорит о том, что полученные в исследовании результаты не являются случайными. Например, если между двумя

группами пациентов, одна из которых получила новое лечение, а другая нет, по многим переменным прослеживаются статистически значимые отличия, это значит, что лечение имело эффект. Если между переменными выявлена статистически значимая взаимосвязь, значит, эта взаимосвязь не случайна. При этом важно помнить, что статистический результат и р-величина относятся ко всей группе, а не к каждому отдельному ее участнику, и среди них возможны отличия.

Таким образом, во время оценки результатов и степени их значимости, можно определить, что некоторые результаты не являются статистически значимыми результатами с уровнем р-величины .05 и ниже, но тем не менее эти результаты могут быть значимы с клинической точки зрения. Стоит подумать о ценности результатов для конкретной популяции пациентов, предположить, осталась бы статистическая значимость результата на столь же низком уровне, будь размер выборки большим. Если в значимости результатов возникают сомнения, также рекомендуется познакомиться с аналогичными исследованиями, результаты которых статистически значимы, с тем чтобы решить вопрос о практическом использовании таких результатов.

Как результаты исследования соотносятся с результатами ранее проведенных исследований?

Отдельным этапом критической оценки научной публикации является соотнесение результатов этого исследования с предыдущими. Здесь важно понять, является ли новое исследование дополняющим и подтверждающим ранее имевшиеся данные или, напротив, противоречит и опровергает их.

Например, если в ранее опубликованных статьях подчеркивалась значимость присутствия родителей во время болезненных процедур у детей школьного возраста, поскольку родители могли успокоить ребенка и настроить его на сотрудничество с медработником, а новое исследование также выявило эту закономерность, значит, это исследование подтвердило достоверность имеющихся данных.

Если же в новом исследовании выяснилось, что присутствие родителей расстраивало детей во время болезненных процедур, значит, такое исследование опровергает ранее сделанные выводы. В данном случае речь может идти и о том, что результаты исследования не являются статистически значимыми, размер выборки – достаточным, а инструмент (анкета) – достоверной, либо речь может идти о том, что необходимы новые исследования, с тем чтобы исследовательский вопрос получил более точный ответ.

Как внедрить полученную информацию в практику?

После критической оценки научной статьи необходимо решить, как воспользо-

ваться новой информацией в клинической практике для повышения качества сестринского ухода. Для этого важно соотнести популяцию пациентов, задействованных в исследовании с той, уходом за которой вы занимаетесь, а затем определить, имеются ли практические возможности для внедрения результатов исследования.

Допустим, что исследование отчетливо свидетельствует – присутствие родителей во время болезненных процедур значимо для пациентов школьного возраста. Но в вашем ЛПУ есть определенные часы приема посетителей в вечернее время, и перенести часы для посещений на более раннее время, когда проводятся основные процедуры, невозможно. Тогда стоит подумать о других вариантах решения задачи, например, о переносе наиболее болезненных процедур на вечернее время, чтобы присутствие родителей с ребенком стало возможным. Можно также рассматривать результаты данного исследования в качестве аргумента в пользу изменения расписания посещения пациентов родными.

Выводы и заключение

Итак, в этой статье мы рассмотрели процесс критической оценки количественных исследований. Предметом следующей публикации станет критическая оценка каче-

ственных исследований. Чтобы реализовать ожидания от внедрения доказательной сестринской практики, каждая медицинская сестра должна научиться оценивать научные публикации, результаты проведенных исследований. Такая оценка позволит сделать выводы о вариантах применения новых сестринских вмешательств, внесет ясность в вопрос о состоянии и поведении пациента и его близких. Критическая оценка исследований лежит в основе любых нововведений, направленных на повышение качества сестринской помощи и, следовательно, совершенствование сестринского дела.

Вопросы, требующие ответа в процессе критической оценки результатов количественного исследования

После того, как проведена критическая оценка результатов исследования, необходимо получить ответ на основные вопросы критического анализа. Если ответ вызывает сомнения и не может быть однозначно сформулирован, рекомендуется ознакомиться с дополнительными статьями на эту тему и принять окончательное решение о целесообразности внедрения новых знаний в практику.

Вопросы/критерии критической оценки	Да	Нет	Неизвестно
Была ли цель исследования четко сформулирована?			
Соответствует ли дизайн исследования гипотезе или исследовательскому вопросу?			
Правильно ли определена выборка?			
Является ли размер выборки достаточным?			
Являются ли инструменты измерения надежными и достоверными?			
Являются ли результаты исследования статистически значимыми?			
Являются ли результаты исследования клинически значимыми?			
Могут ли результаты быть внедрены в практическую работу?			

ГИБКАЯ ЭНДОСКОПИЯ:

обработка современных термолабильных многокомпонентных медицинских инструментов в соответствии с Международными стандартами

Сегодня всё больше ЛПУ ежедневно используют гибкие эндоскопы в своей практике. Обработка таких дорогостоящих многокомпонентных термолабильных изделий – сложный многоступенчатый процесс.

Для обработки одного эндоскопа ручным методом необходимо, в среднем, 70 мин. Т. е. за смену эндоскоп может обрабатываться не более 6 раз. При этом, по данным журнала «Клиническая эндоскопия», кратность использования эндоскопа в некоторых ЛПУ достигает 8–30 раз за смену. Таким образом, одна из проблем современной эндоскопии – снижение времени обработки без снижения её качества.

На эффективность завершающего этапа обработки гибких эндоскопов для нестерильных манипуляций – де-

зинфекцию высокого уровня (ДВУ) – влияют как особенности самого эндоскопа, так и качество предшествующей окончательной очистки (ОО), параметры дезинфицирующего раствора и точность выполнения персоналом всех манипуляций. Т. е. ещё одна существующая сегодня проблема – независимость качества обработки от внешних факторов.

В процессе ручной обработки персоналу необходимо визуально контролировать целостность эндоскопа, проводя тест на герметичность при помощи манометра или течеискателя, также визуально необходимо отслеживать качество проведённой окончательной очистки, субъективно оценивая чистоту используемых щёток на выходе из каналов эндоскопа. При ополаскиваниях эндоскопа после каждой ста-

дии очистки персонал должен соблюдать их кратность в зависимости от используемых моющих средств. Воду из каналов также необходимо удалять вручную при помощи специальных шприцев, чтобы избежать разбавления дезинфицирующего раствора многократного применения после ОО. Контроль температуры рабочего раствора для ДВУ персонал вынужден поводить также самостоятельно при помощи водного термометра, контроль за временем ДВУ также ложится на плечи персонала эндоскопического отделения.

Помимо всего, в процессе обработки необходимо следить за собственной безопасностью: не допускать разбрызгивание контаминированных жидкостей, сильно раздражают слизистые летучие пары дезинфициру-



ющих средств. По данным И.А. Храпуновой, при проведении эндоскопических исследований инфицируется почти 3% мед. персонала.

Основные причины внутрибольничного инфицирования пациентов при проведении эндоскопий: применение неадекватного дезинфектанта, нарушение режимов дезинфекции, нарушение герметичности эндоскопа.

Вопрос безопасности пациентов и медицинского персонала также является приоритетным.

Согласно СНиП 2.08-02-89 «Общественные здания и сооружения, пособие по проектированию ЛПУ» допускается проводить обработку эндоскопов на площади всего 8 м². Ясно, что при ручной обработке на этой площади разместить минимально необходимые три раковины и пять ёмкостей по 10 л для обработки эндоскопов невозможно.

По данным УМП «Обеспечение инфекционной безопасности эндоскопических манипуляций в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность» ФБУН МНИИЭМ им. Габричевского Роспотребнадзора:

- рекомендуется использовать автоматические моющие машины, позволяющие стандартизовать процесс обработки. При этом, машины, автоматические приготавливающие рабочие растворы, позволяют исключить контакт персонала с химическими средствами и, следовательно, исключить их неблагоприятное воздействие на здоровье;
- рекомендуется применять линию средств для ОО и ДВУ одного про-

изводителя для исключения проблем с их совместимостью. Машины, использующие растворы однократного применения, более надёжны;

- отделение должно быть обеспечено лотками для транспортировки эндоскопов;
- в отделениях с несколькими процедурными

кабинетами и одним моечным помещением рекомендуется использовать транспортные тележки;

- в отделениях должны быть созданы асептические условия хранения обработанных эндоскопов. Наиболее эффективны для этого специальные шкафы.

Компания «Фармстандарт-Медтехника» представляет инновационное комплексное решение для обработки, транспортировки и хранения гибких эндоскопов, полностью удовлетворяющее всем современным требованиям.

Машина для мойки и ДВУ гибких эндоскопов DGM GS 3 (Италия), предназначена для обработки 1 эндоскопа, 1 видеобронхо/цистоскопа или до 3х фибробронхо/цистоскопов. Занимаемая площадь – всего 0,4 м². Отличительные особенности DGM GS 3 – простота в эксплуатации, компактность и экономичность. При установке 2х машин DGM GS 3 друга на друга, получается установка для асинхронной обработки 2х эндоскопов. Время цикла 30 мин позволяет увеличить кратность использования эндоскопа до 16 раз в смену.

При этом процесс обработки в машине не зависит от внешних условий – DGM GS 3 строго соответствует стандартам ЕС, что подтверждает качество обработки при каждом цикле и гарантирует безопасность пациента.

При использовании DGM GS 3 персонал освобождается от самостоятельного проведения каких-либо манипуляций: тест на герметичность автоматический непрерывный в течение всего цикла; дозирование моющих и

дезинфицирующих средств в камеру автоматическое, исключая их контакт с персоналом, при обработке дверь в камеру автоматически блокируется в течение цикла, исключая контакт персонала с контаминированными эндоскопами и жидкостями; температуры, соответствующие режимам ОО и ДВУ поддерживаются в камере автоматически.

Машина DGM GS 3 прошла валидацию по стандартам Европейского Союза с моющим и дезинфицирующим средствами однократного использования серии B. Braun HELIMATIC (Швейцария). Дезинфектант на основе глутарового альдегида HELIMATIC Disinfectant полностью совместим со всеми составляющими как дорогостоящих эндоскопов, так и машины. Качество обработки подтверждено протоколом независимой европейской лабораторией «HygCen International GmbH». Дополнительный контроль обработки осуществляется при помощи индикаторов DGM Steriguard EasyEndo.

Для транспортировки и кратковременного хранения эндоскопов предусмотрены лотки с цветными вкладышами и индикаторами на крышках «грязный/чистый» (Италия). Между процедурной и моечной лотки с эндоскопами перемещаются в специальной тележке (Италия).

Для решения проблемы асептического хранения, сушки каналов и внешних поверхностей эндоскопов «Фармстандарт-Медтехника» предлагает использовать шкаф DGM SS 8 (Италия). Его ёмкость до 9 эндоскопов. Воздух, кроме бактериальной HEPA-фильтрации, проходит дополнительную непосредственную обработку ультрафиолетом. Время хранения – 72 часа.

Моечно-дезинфицирующие машины DGM GS, а также все составляющие комплексного решения DGM для обработки эндоскопического оборудования зарегистрированы, сертифицированы в РФ и разрешены к использованию.



**МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ
ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ И СТЕРИЛИЗАЦИИ**

Взаимодополняющий набор продуктов
Тюменского завода медицинского оборудования и инструментов
(«ТЗМОИ») и компании DGM



- Паровые и низкотемпературные стерилизаторы
 - Деинфекционно-мочные машины
 - Ультразвуковые мочные машины
 - Паровые деинфекционные камеры
 - Аквацистилляторы, водосборники
- Установки для обеззараживания и переработки медицинских отходов



**ДРУЖИНИНА
Елена Викторовна,**

старшая акушерка акушерского отделения
патологии беременности
БУЗОО «Областная клиническая
больница».

Призвание

Может ли жизнь быть праздником? Может, если каждый день занимаешься любимым делом, живёшь в ладу со своими планами, стремлениями и надеждами. Именно так идёт по жизни старшая акушерка акушерского отделения патологии беременности БУЗОО «Областная клиническая больница» Дружинина Елена Викторовна.

Первый, кого встречает любой человек при своём появлении на свет, – это акушерка. На тех, кто выбирает эту профессию, лежит особая ответственность, ведь от их профессионализма, от их умения быстро принять верное решение зависят сразу две жизни – жизнь матери и ребёнка. Елена Викторовна, поступая в Омское областное медицинское училище № 1, выбрала именно эту специальность – акушерское дело. На выбор профессии сыграло наличие у Елены Викторовны таких качеств, как доброжелательность, приветливость, умение сострадать чужой боли, вовремя сказать слова участия, улыбнуться, подбодрить, окружить вниманием и заботой.

Получив в 1990 году диплом, она пришла работать в родильный дом Ом-

I МЕСТО В НОМИНАЦИИ «ЛУЧШАЯ АКУШЕРКА»

ской областной клинической больницы в акушерское отделение патологии беременности, где работает уже 22 года. Является ветераном ОКБ.

В становлении Елены Викторовны, как профессионала, большую роль сыграла заведующая отделением Васильева Т.А., старшая акушерка отделения Красова Е.В. Не менее важной являлась и поддержка опытного наставника Г.Л. Успенской. Эти замечательные люди сумели вселить уверенность в правильности выбора профессии, создали платформу для профессионального опыта и роста. За 16 лет работы акушеркой Елена Викторовна трудилась на всех постах, была дублёром старшей акушерки отделения. Особенности работы акушерского отделения патологии беременности требовали от нее быстрого приобретения навыков наблюдения, ухода, оказания неотложной помощи беременным женщинам. Каждая беременная женщина – индивидуальность, общение с ней требует творчества: необходимо справиться со страхом пациентки, вселить уверенность в благополучном родоразрешении.

Профессионализм, умение ладить с людьми, обстоятельность, глубина в исполнении любого дела, порядоч-

ность, организационные способности – вот качества, которые определили назначение Елены Викторовны в 2006 году на должность старшей акушерки акушерского отделения патологии беременности, дублёра главной акушерки. Коллектив акушеров и младшего персонала, которым руководит Елена Викторовна, работает стабильно и слаженно. На протяжении пяти лет отсутствует текучесть кадров. 84% акушеров от общего числа имеют квалификационные категории. В отделении проводится подготовка к родам у пациенток высокой группы риска. Под руководством Елены Викторовны в работу акушеров активно внедряются современные методы диагностики и лечения. Внедрены методики ведения преждевременных родов, пациенток с рубцом на матке через естественные родовые пути (в 2011 году прошло 20 родов, все без осложнений), новые методы подготовки шейки матки к бережному родоразрешению с помощью осмотических деликаторов и простагландинов. Еленой Викторовной разработаны листы наблюдения за беременными с сахарным диабетом, гестозом тяжёлой степени (в 2011 году пролечено 507 пациенток), заболеваниями сердечно-сосудистой системы



Работа с персоналом

(2011 год – 356 пациенток). В связи с этим ей уделяется большое внимание профессиональной подготовке акушеров, что непосредственно влияет на качество работы персонала отделения и, следовательно, качество акушерской помощи пациенткам.

В 2009 году на базе отделения патологии беременности организована школа поощрения грудного вскармливания, инициатором создания которой стала Елена Викторовна. Она сумела создать команду для проведения занятий в школе из числа сестринского персонала родильного дома, координирует её деятельность. За время работы школы обучение прошли 1200 пациенток, из них 834 – первородящие. Важным моментом является то, что при анкетировании пациенток, посещающих школу, отмечена значимость проводимых занятий и заинтересованность в них. Благодаря работе школы у матерей удаётся сформировать уверенность и осознанный подход к кормлению грудью, а это значимо, т. к. родильный дом имеет звание «Больница доброжелательного отношения к ребёнку».

Являясь человеком инициативным, творческим, Елена Викторовна активно участвует в общественной жизни родильного дома и больницы. Активно работает в Совете по сестринскому делу, где является членом комитета по курации работы младшего персонала. Победа во Всероссийском конкурсе «Медицинская сестра 2011 года» – это большая заслуга Елены Викторовны



Школа поощрения грудного вскармливания

в череде профессиональных достижений и побед. Участие в конкурсе – это, прежде всего, желание поднять значимость профессии акушерки, поделиться наработанным профессиональным опытом по вопросам ведения беременности, наблюдения за беременными женщинами из групп высокого риска, проведения обучающих занятий для успешного родоразрешения как для матери, так и для плода. Этому знаковому событию предшествовали участие и победа в областном профессиональном конкурсе, проводимом Омской профессиональной сестринской ассоциацией. Кроме личного участия

Елена Викторовна готовит акушеров своего отделения к участию в конкурсах. Так, призёрами конкурса профессионального мастерства, проводимого в ОКБ в 2011 году в номинациях «Лучший молодой специалист», «Лучшая акушерка», стали три акушерки отделения.

Омская профессиональная сестринская ассоциация активно занимается развитием акушерского дела в Омской области. В 2011 году организована секция «Акушерское дело», в состав которой на семинаре для акушеров и медицинских сестер отделений новорожденных единогласно выбрана Елена Викторовна. Работа в секции, курация медицинских организаций муниципальных районов Омской области, решение актуальных вопросов для развития акушерского дела в регионе, повышение престижа и почёта – следующий шаг в профессии, которой она предана.

Одна запись в трудовой книжке, одна дорога на работу вот уже столько лет. Выросли замечательные дети, растёт прекрасный внук – всё как у многих в больнице, но как много сделано, сколько помнят её теплые руки, добрые слова. За столько лет работы изменилась больница, отделение, условия труда, многому научилась сама, но главное, что осталось неизменным, – любовь к своему делу и желание каждый день идти на работу.



Работа в комитете по курации младшего персонала



**ПОМАСЛОВА
Зоя Николаевна,**

старшая акушерка

МБУЗ «Родильный дом № 1», г. Вологда.

*«И нет профессии прекраснее
На всех шести материках,
Когда лежит все человечество
У акушерки на руках!»*
И. Кожевникова

Профессия медицинского работника привлекала меня с самого детства. Учась в школе, в старших классах, уже точно знала, что буду поступать в медицинское училище, а побывав однажды на «Дне открытых дверей» в Вологодском медицинском училище решила – буду акушеркой. Меня привлекло то, что акушерка каждый день проходит трудный и ответственный путь, сопровождая

II МЕСТО В НОМИНАЦИИ «ЛУЧШАЯ АКУШЕРКА»

будущую маму в течение всей беременности и всякий раз заново переживая вместе с ней самое таинственное чудо на всей земле – рождение ребенка.

В 1979 году поступила в Вологодское медицинское училище на акушерское отделение, была старостой группы, занималась общественной работой, а в 1982 году закончила его и была направлена на работу в родильный дом № 1 г. Вологды, где и работаю по настоящее время.

Вологодский родильный дом № 1 («Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Родильный дом № 1») – старейшее родовспомогательное учреждение г. Вологды и Вологодской области. История его возникновения и развития тесно связана с организацией службы родовспоможения Вологодской области. Открыт в г. Вологде как родовспомогательное заведение на 5 коек в частном деревянном доме в 1864 году. Это был первый в городе и губернии родильный стационар. Накануне революции в нем было развернуто 25 коек. Весной 1920 года родильный дом переведен в удобное здание уездной больницы. 1 августа 1920 года здание уездной больницы сгорело, в огне погибло все имущество родильного дома. Вскоре под него отвели деревянное здание бывшего изолятора губздравотдела. В 1939 году родильный дом переезжает в новое каменное зда-

ние на 35 коек по улице Пирогова, вскоре было развернуто уже 100 коек. В 1941 году многие работники родильного дома ушли на фронт, на долю оставшихся врачей, акушеров и младшего медицинского персонала легли заботы не только по оказанию акушерской помощи, но и по заготовке продуктов питания, дров, стирке белья. Помощь оказывалась не только беременным и роженицам города, но и эвакуированным женщинам из Ленинграда и Ленинградской области. В 1942 году зарегистрировано самое большое число родов в учреждении – 3111. До открытия родильного дома № 2 в 1955 году был единственным стационаром в г. Вологде, оказывающим акушерскую помощь. На базе первого родильного дома подготовлены десятки врачебных кадров акушеров и педиатров (неонатологов), акушеров и медицинских сестер и учащихся Вологодского медицинского училища.

Вот в этот именитый, знатный, всеми почитаемый родильный дом мне и предстояло идти устраиваться на работу 1 апреля 1982 года. Здесь меня приняли доброжелательно, радушно. Главный врач Кононова Татьяна Алексеевна предложила работать акушеркой акушерского наблюдательного отделения. Не скрою, я переживала – новый коллектив, новые взгляды, уставы, мнения, но я очень быстро влилась



Фото роддома на Пятницкой в 1920 году



Здание роддома № 1 1939 года постройки

в коллектив отделения. Первое время мне все помогали, рассказывали как вести себя в различных акушерских ситуациях, что делать, кого вызывать, ведь в то время акушерка работала одна и в родзале, и в послеродовых палатах, а часто не было и младшего медицинского персонала (санитарок). Приходилось выполнять все: от ведения роженицы к родам, принятия родов, оказания реанимационных мероприятий новорожденному, оказания экстренной помощи родильнице, быстро и четко принимать самостоятельные решения, от которых зависели дальнейшие судьбы матери и новорожденного, т. к. диагностика была на низком уровне (не было дополнительных лабораторных обследований, ультразвуковой диагностики, кардиотокографии), и процесс родов порой был непредсказуемым – до мытья полов в санузлах, разбора грязного белья. Работать приходилось очень много, акушерок не хватало. Но мы жили весело, организовывали вечера встреч с ветеранами, концерты, конкурсы, спортивные соревнования.

Моим наставником была заведующая акушерским наблюдением отделением Колосова Ирина Александровна, которая обучила меня всем акушерским манипуляциям (принятие преждевременных родов, родов в тазовом, ножном предлежании; операции ручного обследования полости матки, отделение и выделение плаценты, наложение швов на промежности I и II степени). Но самое главное, что она мне передала, – **высокую порядочность, профессионализм, четкую жизненную позицию**. Я до сих



Освоение новых технологий с персоналом

пор вспоминаю ее, большое ей спасибо и низкий поклон за то, что она относилась ко мне с безграничным терпением, уважением, как к молодому специалисту, вкладывая свои знания, опыт, умения.

Для акушерки важны качества: прежде всего она должна быть честной и ответственной, так как ей доверяется жизнь сразу двух пациентов и будущее благополучие семьи. Необходимо любить свою специальность, владеть всеми необходимыми знаниями и умениями, предметно-действенным мышлением, эмоциональной устойчивостью, физической выносливостью, способностью к сопереживанию и пониманию эмоционального состояния другого человека.

Через 5 лет работы (1987 год) меня назначили на должность старшей аку-

шерки наблюдательного отделения. Молодую, еще совсем не опытную девчонку назначили руководить коллективом, где акушерки – профессионалы с большой буквы, повидавшие все на трудовом поприще. Приходилось трудно – убеждать, доказывать, просить, хвалить, ругать; сострадать, радоваться вместе с коллегами. Но все позади. Коллектив уважает меня, прислушивается к моим советам.

В 2000 году меня перевели на должность старшей акушерки в родовое отделение со словами главного врача Анаховского Алексея Александровича: «Принимай! Хозяйство у тебя большое, беспокойное!».

И расслабляться никак не получается. Родильный дом продолжает свои традиции, являясь новатором передовых идей. С января 2004 года учрежде-



Современное здание роддома № 1



Родильный дом № 1



З.Н. Помаслова на рабочем месте

ние стало пилотным во внедрении проекта «Мать и дитя». Цель проекта «Мать и дитя» заключается в том, чтобы способствовать развитию медицинской помощи в учреждении и в городе для улучшения репродуктивного здоровья женщин и детей на основе международных и российских стандартов, на принципах доказательной медицины и достижения оптимального результата, улучшения качества услуг, повышения их доступности, спроса населения на эти услуги, получения удовлетворенности персонала своей работой. Миссия проекта заключается в обучении и распространении новых репродуктивных технологий в акушерстве, гинекологии и перинатологии. Оптимальный результат будет достигнут тогда, когда каждая женщина будет удовлетворена качеством услуг. Для этого работа должна проводиться в следующих направлениях: участие членов семьи, подготовка к родам и материнству, поддержка во время родов, совместное пребывание матери с новорожденным, исключительно грудное вскармливание, консультации по планированию семьи, доабортное консультирование.

Для достижения поставленной цели в учреждении оборудованы девять индивидуальных родовых залов, для релаксации в родах установлены душевые кабины, ванна джакузи, надувные мячи, шведские стенки. Подготовлен зал для семейного консультирования к родам, организована круглосуточная раздевалка для партнеров в родах. Используются методы немедикаментозного обезболивания, безболезненно отказались от некоторых рутинных практик (бритье, клизма), уменьшилось использование лекарств. Раннее прикладывание к груди (прямо в родовом зале после родов), ориентация на исключительно грудное вскармливание

(отказались от сосок, бутылочек). Организовано консультирование по планированию семьи.

Соппротивление новому всегда существует. И конечно, реализация проекта – это серьезная ломка стереотипов будничной работы. Поэтому для успешного его внедрения необходимы поддержка высших чиновников и заинтересованность участников. Учиться надо всем, это очень важно. Конечно, переход был шоковым состоянием для коллектива, в том числе и для меня, т. к. из «закрытого учреждения» (таковым являлся родильный дом по санитарно-эпидемиологическому режиму) перейти в открытое было непросто. Очень трудно укладывалось в человеке – все лишнее убрать, родзалы приблизить к домашней обстановке, женщины будут находиться с партнерами, персоналу придется работать под пристальным вниманием родственников. Объяснять не только роженице, но и партнеру все наши действия. Признаться, переход был тяжким, но мы со всеми трудностями справились и теперь одобряем политику нашего руководства, которая сегодня нужна воложанкам. Это, прежде всего, роды, ориентированные на участие семьи. Мы любим семьи, которые приходят на экскурсию в родовой зал, а затем поступают на роды. Мы любим их за то, что они выбрали именно наш родильный дом, пришли к нам, встречаем их доброжелательным отношением, обстановкой, любовью.

Врачи, акушерки вместе были обучены в рамках проекта «Мать и дитя». Это было время становления, изучения новых технологий, стремления быть высокопрофессиональными, с точки зрения современного акушерства. На сегодняшний день наш коллектив стал единым организмом, где нет сопротивления внедрению новых технологий. Изменения, произошедшие в нашем родовспомогательном учреждении, заметны. Новые технологии способствовали улучшению перинатальных исходов, увеличению процента раннего прикладывания к груди, снижению обезболивания в родах до 11%. Роды в присутствии близких теперь составляют 30% (ранее их были единицы). Они дисциплинируют медперсонал, накладывают на него дополнительную психологическую нагрузку, но наши

акушерки не хотят возврата к прошлому. Молодые специалисты гармонично вливаются в наше отделение, они восприимчивы ко всему новому и стремятся улучшить свои теоретические знания практическими. И поэтому процесс обучения у нас идет на должном уровне.

В феврале 2006 года после детальной проверки экспертами ВОЗ/ЮНИСЕФ проекта «Мать и дитя» МУЗ «Родильный дом № 1» было присвоено звание «Больница, доброжелательная по отношению к ребенку». А в 2010 году коллектив родильного дома снова доказал, что мы вправе носить это высокое звание, что твердо стоим на родовспоможении, ориентированном на участие семьи, принципах исключительно грудного вскармливания, совместного пребывания и ранней выписки из родильного дома.

Участие в проекте достижения высоких показателей работы подтолкнуло меня участвовать в конкурсе «Медицинская сестра-2011» в номинации «Лучшая акушерка». Хотелось рассказать всем о наших результатах, успехах; о понимании и поддержке со стороны департамента здравоохранения Вологодской области и Управления здравоохранения г. Вологды, Вологодской региональной Ассоциации медицинских сестер. Как видите, результат на лицо – второе место по России. Это признание, высокое звание адресовано не только мне, но и всему коллективу, руководителям учреждения.

Сегодня мы ставим новые задачи: выхаживание новорожденных с экстремально низкой массой тела, оказание медицинской помощи в рамках высоких новых технологий, переоснащение и дооснащение медицинской аппаратурой. Все это требует много сил, внимания, энергии. А самое главное – получили высокое звание «Больница, доброжелательная по отношению к ребенку» и надо стремиться его удержать и передавать молодому поколению.

Если я раньше задавала себе вопрос, за что я люблю свою профессию, то теперь я просто люблю ее без вопросов. Все-таки профессия акушерки – это САМАЯ ДОБРАЯ ПРОФЕССИЯ НА ЗЕМЛЕ!



САФОНОВА

Светлана Геннадьевна,
акушерка родильного отделения
ГБУЗ «Башмаковская центральная
районная больница»,
Пензенская область.

«Ее призвание – дарить людям жизнь»

В одном из отдаленных районов Пензенской области, в районном поселке Башмаково живет и работает замечательный солнечный человек – Светлана Геннадьевна Сафонова.

С ранних лет Света хотела помогать людям и мечтала стать медицинским работником. После школы она уехала от своих родных и близких за 180 км в г. Пензу учиться в медицинское училище, но, в отличие от многих, вернулась работать в своем любимом селе и помогать односельчанам. И вот уже 19 лет она отдает себя людям.

У Светланы самая замечательная профессия – она акушерка. За эти годы у нее на руках родилось более 300 башмаковцев, все они выросли у нее на глазах, стали хорошими людьми и ушли в большую взрослую жизнь.

В 2001 году Светлана Геннадьевна возглавила акушерскую службу района, став старшей акушеркой родильного отделения.

Делать все на «отлично» – ее девиз. С «красным» дипломом окончила Пензенское медицинское училище, Саратовский государственный медицинский университет, Институт сестринского об-

III МЕСТО В НОМИНАЦИИ «ЛУЧШАЯ АКУШЕРКА»

разования в 2009 году, имеет высшую квалификационную категорию по специальности «Акушерское дело». Светлана грамотно применяет полученные знания и умения в области административной и управленческой деятельности.

Светлана, словно огонёк, горит сама и зажигает активность людей вокруг себя. Активно участвует в общественной жизни больницы и района. Является членом Совета медицинских сестёр ГБУЗ «Башмаковская ЦРБ». Состоит в общественной организации средних медицинских работников Пензенской области «Надежда», является ключевым членом своего ЛПУ. Участвовала в работе районной комиссии по улучшению демографической обстановки в Башмаковском районе. Выступает перед аудиториями в общеобразовательных учреждениях с лекциями по пропаганде здорового образа жизни.

В 2009 году Светлана избрана на отчетно-выборной конференции председателем первичной профсоюзной организации. Отстаивает социально-экономические и трудовые права работников Башмаковской ЦРБ. Она активно содействует проведению смотров-конкурсов на звание «Лучший по профессии» в ЛПУ. Неоднократно вносила предложения руководству по совершенствованию качества оказания ме-

дицинской помощи. Принимает участие в работе комиссий в больнице.

Светлана очень любит учиться получать новые знания, которые затем применяет в своей работе. Поэтому именно она по инициативе администрации была направлена на обучение по проведению кардиотокографического обследования плода в РАМН г. Москвы. С апреля 2008 года проводит КТГ плода всем беременным в женской консультации, родильном отделении, а также роженицам во время родов.

Трудолюбие и высокая работоспособность – отличительные черты Светланы. Она на высоком уровне поддерживает работу в отделении в сложные моменты, в том числе и во внеурочное время.

Светлана не останавливается на достигнутом, а идёт вперед к новым достижениям и победам. Её победа на областном этапе конкурса профессионального мастерства была неоспорима. И третье место, занятое ей во Всероссийском конкурсе профессионального мастерства, по праву принадлежит ей.

Мы уверены, что нашу Светлану ждут новые вершины и нет таких, которые она не смогла бы покорить.

**Председатель
ОО СМР ПО «Надежда»
Т.В. Рыжонина**





ЗА ДОБРОТУ И ЧЕЛОВЕЧНОСТЬ...

ВТОРОЙ ГОД ПОДРЯД В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПРОШЕЛ ГУБЕРНАТОРСКИЙ ПРИЕМ, ПОСВЯЩЕННЫЙ МЕЖДУНАРОДНОМУ ДНЮ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ. ОБНОВЛЕННЫЙ МУЗЫКАЛЬНЫЙ ТЕАТР КУЗБАССА СОБРАЛ В СВОИХ СТЕНАХ 750 ПРЕДСТАВИТЕЛЬНИЦ СЕСТРИНСКОЙ ПРОФЕССИИ СО ВСЕГО РЕГИОНА.

Сегодня в России работают около 1,5 млн медицинских сестер. В Кузбассе – почти 25 тысяч. Средний медицинский персонал области объединяет такая мощная организация, как Профессиональная ассоциация медицинских сестер Кузбасса. За 12 лет деятельности ее членами стали более 15 тысяч специалистов. Задачами Ассоциации являются: повышение профессионализма медсестер, развитие научных исследований в сестринском деле, формирование положительного имиджа профессии. Для повышения профессиональной компетентности и роли сестринского персонала в здра-

воохранении Ассоциацией регулярно проводятся областные научно-практические конференции, семинары, конкурсы профессионального мастерства самого разного уровня.

Чтобы профессия приобрела самостоятельный статус, а у медсестры появился определённый раздел работы с пациентом для автономного решения всех его проблем в рамках сестринской компетенции, нужно содействовать не только открытию интеллектуального потенциала медсестёр, но и поощрять его развитие. Специально для этого 12 лет назад в Кузбассе стали проводить Областной конкурс «Лучший по про-

фессии» (учредители Департамент охраны здоровья населения КО, Профессиональная ассоциация медицинских сестер Кузбасса). За прошедшие годы в конкурсе приняли участие около 250 медицинских сестер, акушеров, фельдшеров, лаборантов. На Губернаторском приеме лауреаты конкурса 2011 года получили областные награды (за 3 место 50 тысяч рублей, за второе – 70), а победители – целевые премии в размере 100 тысяч рублей. Гутова Татьяна Олеговна, старшая медицинская сестра Детской городской клинической больницы № 5, г. Кемерово за первое место в Российском конкурсе Союза педи-



атров России в номинации «Наставник молодежи» за звание «Лучшая детская медицинская сестра 2011 года» была награждена целевой премией Коллегии Администрации Кемеровской области в размере 150 тысяч рублей.

Престижной наградой – золотым знаком «Кузбасс» от Губернатора Кемеровской области Амана Гумировича Тулеева была награждена президент кемеровской Ассоциации медицинских сестер Тамара Васильевна Дружинина.

Также награждены были представители так называемого «золотого фонда» профессии – медсестеры, акушерки, фельдшеры, отработавшие более 30 лет на одном рабочем месте. Таких в Кузбассе более 4 тысяч, 38 человек из них – на своем посту уже более 50 лет.

Начальник Департаменты охраны здоровья населения В.К. Цой от имени Губернатора Кемеровской области поздравил присутствующих с профессиональным праздником и вручил участникам торжественного приема награды Минздравсоцразвития РФ (почетные грамоты и нагрудный знак «Отличник здравоохранения») и Администрации Кемеровской области. Всего



награды получили 180 представительниц самой гуманной профессии.

Губернаторский прием 2012 года запомнился участникам еще и выставкой творческих работ, организованной в фойе Музыкального театра. Идея собрать уникальные работы, выполненные руками медицинских сестер, объединить их в выставку и показать общественности, принадлежит членам Президиума ПАМСК.

Первым шагом в организации выставки стал конкурсный отбор, проведенный на местах в каждом ЛПУ области. В итоге: офис ПАМСК был заполнен буйством креативных идей. К сожалению, все работы просто физически не могли стать экспонатами выставки. По решению конкурсной комиссии, Губер-



наторский прием украшали самые вдохновенные, самые оригинальные поделки. Не участвовавшие работы, несомненно, достойны внимания. Поэтому, в продолжение выставки был создан красочный альбом «Украсим мир своими руками». Причудливые узоры, красочные картины, тончайшее сплетение нитей – изящество исполнения и тепло чутких, заботливых рук скажут о человеке больше, чем слова и еще раз подтвердят – медицинские сестры Кемерово талантливы во всем!

Творения медицинских сестер, представленные на выставке и в альбоме «handmade» заслуживают самой высокой оценки как, впрочем, и та нелегкая работа, которую каждодневно выполняют медицинские сестры.

Ирина Анатольевна Галанова

Ирина Анатольевна Галанова – главный внештатный специалист по сестринскому делу Управления здравоохранения Администрации города Новокузнецка Кемеровской области, вот уже более 10 лет возглавляет работу специалистов со средним медицинским образованием. Под руководством мудрого организатора в лечебных учреждениях города внедряются новые сестринские технологии, проводятся праздничные мероприятия и мероприятия по обмену опытом трудовой деятельности. Огромный пласт работы сестринского дела ведется по всем направлениям.

Своей активностью, исключительным профессионализмом, талантом лидера Ирина Анатольевна достигла высоких вершин. В городе она является руководителем Ассоциации медицинских сестер, в масштабе области – член Президиума КРОО ПАМСК и Координационного Совета, председатель Комитета наставничества и Совета ветеранов, член Экспертного Совета при Департаменте Кемеровской области, и, кроме этого, Ирина Анатольевна работает главной медицинской сестрой больницы № 22 города Новокузнецка.

Нелегко и тернист путь лидера, но мы знаем, что трудоспособность, дальновидность, творческая активность и профессиональный оптимизм не остановит Ирину Анатольевну на достигнутом.

6 августа 2012 года Ирина Анатольевна отметила Юбилей, и Президиум главных медицинских сестер города сердечно поздравляет ее с Днем рождения и искренно желает Ирине Анатольевне крепкого здоровья, интересной активной деятельности, воплощения в жизнь самых смелых планов и заветных желаний!





ПРОТАСОВА
Наталья Николаевна,

старшая медсестра отделения реанимации и интенсивной терапии Ленинградской областной детской клинической больницы.

В нашей жизни есть профессии, которые остаются на всю жизнь. Одна из них – медицинская сестра. Медицинская сестра – это одна из самых гуманных профессий на нашей планете. Какая ещё профессия сможет вместить в себе столько высших духовных качеств как отзывчивость, сострадание, терпение, чуткость, внимание, сердечность, милосердие, заботу, доброту. Не будем забывать – сегодня все эти качества должны быть подкреплены высоким уровнем образования и профессионализма.

Протасова Наталья Николаевна родилась в Тосненском районе Ленинградской области. Проблема выбора профессии перед ней не стояла. Говорят, мечты сбываются. Каждый раз, видя медсестру или доктора в белоснежном халате, Наталья представляла себя в их образе, в образе медсестры – волшебницы, спасающей людей. Этой мечте было суждено сбыться...

В 1995 году Наталья с отличием окончила медицинское училище, и, несмотря на трудности, которые испытывает наше здравоохранение, выбрала для себя работу на отделении, где невозможно обойтись без самопожертвования. Профессиональный путь начался в июле 1995 года, когда Наталья Николаевна впервые появилась на по-

I место в номинации «Лучшая анестезистка»

роге Детской областной клинической больницы и была принята на должность медицинской сестры отделения реанимации и интенсивной терапии. Наташа сразу полюбила эту больницу безумно, несмотря на все трудности, переживания, ночные дежурства. Усталость перекрывал интерес к работе, к профессии. Именно тогда Наталья Николаевна нарабатывала свое профессиональное мастерство.

За период работы в больнице Наталья показала себя квалифицированным специалистом. Прошла отличную теоретическую и практическую подготовку, год от года повышала свой профессиональный уровень. Сегодня Наталья Николаевна на все 100% отвечает званию специалиста с высшей квалификационной категорией по специальности «Анестезиология-реаниматология». За время работы в отделении овладела всеми необходимыми манипуляциями и навыками работы с недоношенными новорожденными и детьми старшего возраста. Ее легкой руке подвластны самые сложные манипуляции.

С декабря 2006 года Наталья Николаевна занимает должность старшей медицинской сестры отделения реанимации и интенсивной терапии. Занимаясь наставнической деятельностью, обучая профессиональному мастерству молодых специалистов и оказывая помощь в работе молодым врачам, Наталья поняла, что медицинская сестра – это не просто приложение к врачу: написать рецепт, выполнить манипуляцию, принести-подать, а человек, который дол-

жен на своем месте думать о больном, самостоятельно решать проблемы пациента в каждом конкретном случае. Наталья решила, что для решения этой задачи у нее недостаточно знаний, и в 2007 году поступила на факультет высшего сестринского образования при Академии им. Мечникова, закончив его с отличием в 2012 году.

Продолжая заниматься с молодыми специалистами, Наталья Николаевна прививает им стремление быть профессионально грамотными, компетентными, независимыми специалистами, обладающими необходимыми для данной работы личностными характеристиками. Ведь даже самый гордый и самодостаточный человек, когда заболевает, становится уязвимым. Пациенту хочется, чтобы его не только лечили таблетками, ставили капельницы, делали уколы, но и морально поддерживали. Потому что выздоравливает быстрее тот, кто верит в исцеление, вселить это веру – одна из задач профессиональной сестры.

Быть медицинской сестрой значит не только владеть знаниями и навыками, но также быть готовым жертвовать своими интересами и желаниями во благо пациента, значит вести постоянную работу над собой, – в этом Наталия ежедневно убеждает свой сплоченный коллектив.



**ДМИТРИЕВА****Светлана Геннадьевна,**

медицинская сестра-анестезист отделения
анестезиологии-реанимации № 1
ГБУ Республики Марий Эл
«Республиканская клиническая больница».

В конце лета 2011 года проходил прием работ на Всероссийский конкурс «Медицинская сестра 2011 года», проводимый ассоциацией медицинских сестер России. Интерес к этому событию был огромный. Очень хотелось попробовать свои силы. Как оказалось, энтузиастов среди нас – медицинских сестер отделений анестезиологии и реаниматологии – немало, ведь в этой номинации участвовало сразу 19 человек. Второе почетное место – это победа, но не только личная; это успех всего нашего сплоченного, проверенного временем коллектива.

Все началось, когда передо мной стал вопрос о выборе профессии. В тот момент я твердо для себя решила, что буду помогать людям. В детстве к профессии медицинской сестры меня привлекали белоснежный халат и накрахмаленный колпак, в юности – желание помочь человеку в тяжелую минуту, облегчить его страдания. Доброта, забота, ответственность – качества, которым я стараюсь соответствовать. И выбор был сделан. Я поступила

II место в номинации «Лучшая анестезистка»

в Йошкар-олинский медицинский колледж.

Начала свой путь дежурной медицинской сестрой детского отделения Волжской центральной районной больницы, с 1989 года продолжила его уже медицинской сестрой-анестезистом в Республиканской клинической больнице в отделении анестезиологии-реанимации № 1. Моими учителями в начале профессиональной деятельности были старшая медицинская сестра ОАР № 1 Н.Н. Бурова и врач анестезиолог-реаниматолог Ю.М. Скоморохов, внесший немалый вклад в организацию и развитие службы обезболивания и интенсивной терапии в Республике Марий Эл. Стоять на одном месте не хотелось. Я старалась освоить все навыки, научиться самому трудному, стала специалистом с высшей квалификационной категорией по анестезиологии и реаниматологии. А что же дальше? Благодаря общественной организации ответ на этот вопрос пришел сам собой. В 2005 году я стала членом Ассоциации медицинских сестер Республики Марий Эл, в 2010 году откликнулась на предложение войти в состав рабочей группы секции «Сестринское дело в анестезиологии и реанимации» РОО АСМР РМЭ.

Опираясь на опыт своих учителей, я с большим интересом занимаюсь внедрением в практику современных сестринских технологий в работе с пациентами. Разработала и внедрила в работу отделения алгоритмы проведения ингаляции пациентам, находящимся на ИВЛ, дезинфекции аппаратов ИВЛ. Для проверки знаний по ВБИ провожу тестирование среди сотрудников ОАР № 1 и среди медицинских сестер, проходящих первичную специализацию по анестезиологии и реанимации. Провела анонимное анкетирование медицинских сестер реанимационного отделения, чтобы узнать степень соблюдения мер по профилактике пневмонии при респираторной поддержке.

К участию во всероссийском конкурсе меня подтолкнуло стремление шагать в ногу со временем, делиться не только своими знаниями, умениями, но и учиться всему новому, прогрессивному, необходимому для профессионального роста. Очень ценю предоставляемую профессиональными ассоциациями России и Республики Марий Эл возможность участвовать в различных научно-практических конференциях, семинарах, курсах профессионального мастерства, получать информацию о работе медицинских сестер соседних регионов и областей.

В дальнейшем хочу активно участвовать в общественной жизни своей больницы, Ассоциаций в своей республике – ведь медицинские сестры должны ежедневно доказывать пациентам и врачам свою незаменимость, свой высокий профессионализм.

Я искренне признательна Ассоциации медицинских сестер России за высокую оценку и внимание к моей деятельности. Хочется пожелать всем медицинским работникам смелости участвовать в конкурсах, конференциях, общественной деятельности для повышения профессиональной компетентности, создания имиджа профессионала сестринского дела, чтобы показать свое мастерство и получить общественное признание. Я уверена, что это нужно не только нам самим, но нашим пациентам, нашему здравоохранению.

Хочу выразить благодарность за поддержку при подготовке конкурсной работы председателю Ассоциации средних медицинских работников Республики Марий Эл Кузьминых Евгении Яковлевне, главной медицинской сестре Республиканской клинической больницы РМЭ Пудиковой Татьяне Александровне, старшей медицинской сестре отделения анестезиологии-реанимации № 1 Буровой Нине Николаевне.



ПОПОВА
Евгения Евгеньевна,

старшая медицинская сестра отделения
реанимации и интенсивной терапии
«Омская областная клиническая
больница», г. Омск.

Говорят, случайных людей в профессии не бывает. Человек, о котором пойдет речь, с чистой душой может сказать, что ему повезло, что он раз и навсегда нашел свою профессию, а за годы работы не огрубел душой, не растерял теплоту и чуткость.

Евгения Попова со школьной скамьи мечтала связать свою жизнь с медицинской. Поэтому, когда пришло время, затруднений с выбором будущей профессии не возникло, и в 1994 году она успешно окончила Омское медицинское училище № 1 по специальности «Медицинская сестра». Получила направление на работу медицинской сестрой в отделение реанимации и интенсивной терапии больницы скорой медицинской помощи № 1. Совсем юная девушка с большим энтузиазмом приступила к своим обязанностям, постигая важность обеспечения достойного и качественного ухода. Ей уже тогда стали близки и понятны чувства пациента – боль, страдание, беспокойство и страх неизвестности, но это и придавало уверенности в общении и необходимости повышения профессионализма. Ночные дежурства, бешеный ритм работы не изменили отношения к однажды выбранной профессии. Она смело бралась за изучение и освоение новой аппарату-

3 место в номинации «Лучшая анестезистка»

ры, сестринских методик и технологий, внедряя их в практику.

Волею судьбы Евгения Евгеньевна продолжила свой трудовой путь в Областной клинической больнице, где ей понравилось всё: работа, основанная на использовании самых передовых знаний в медицине, непосредственная причастность к выздоровлению тяжелых пациентов. Ее обаяние и искренность, доброта и интеллигентность не смогли оставить окружающих равнодушными. Всегда приветливая и исполнительная, Женя понравилась и врачам и сестринскому персоналу отделения. Администрация больницы вскоре оценила ее лидерский потенциал, деловые и профессиональные качества и доверила организацию работы сестринского и младшего персонала. С 2006 года она бессменный руководитель сестринского персонала отделения реанимации и интенсивной терапии ОКБ – старшая медицинская сестра, которая старается применить все, чему научилась за эти годы. Сотрудники отделения единодушно считают, что благоприятный психологический климат в сестринском коллективе, полное взаимопонимание и взаимовыручка при высокой интенсивности и напряженности работы, где каждый член команды чувствует свою необходимость, – заслуга старшей медицинской сестры.

Время диктует свои требования, связанные с расширением профессиональной востребованности и уровня компетенций медицинских сестер. Это связано прежде всего с тем, что сестринский персонал становится активным участником высокотехнологичных методов лечения. И сегодня сестринский коллектив отделения реанимации с успехом осваивает инновационные формы организации труда, основанные на внедрении инновационных сестринских технологий, стандартизации сестринской деятельности, доказывая ежедневно свою компетентность и профессионализм. Умеющая четко планировать свое время, Евгения Евгеньевна успевала и работать, и получать

дополнительное образование на повышенном уровне, а затем и высшее образование с присвоением квалификации «Психолог. Преподаватель психологии». Только совершенствуя свои знания, она имеет возможность соответствовать духу времени.

Являясь человеком инициативным и творческим, активно участвует в общественной жизни больницы, одной из первых вступила в ряды Омской профессиональной сестринской ассоциации, участвует в подготовке и проведении научно-практических конференций, являлась делегатом двух съездов анестезиологов и реаниматологов России в Санкт-Петербурге. В 2010 году Евгения Евгеньевна стала победителем 1 этапа областного конкурса в номинации «Лучшая медицинская сестра» и получила диплом второй степени. В 2011 году приняла участие в областном конкурсе «Лучшая медицинская сестра палатная», получила диплом первой степени в первом этапе конкурса. Ее авторские работы неоднократно публиковались.

И не случайно она одна из первых приняла участие в проекте Омской профессиональной сестринской ассоциации «Исследования в сестринском деле» 2011–2012 гг. Тема ее проекта: «Болевой синдром у пациентов после холецистэктомии. Снижение уровня боли». Так что победу Евгении Евгеньевны Поповой во Всероссийском конкурсе «Медицинская сестра 2011 года» в номинации «Лучшая анестезистка, лучшая медицинская сестра отделения реанимации» можно считать вполне логичной и закономерной. Если бы не Омская профессиональная сестринская ассоциация, у нас не было бы такой возможности обмена опытом, важного элемента непрерывного профессионального образования, которые дают уверенность медицинским сестрам в своих действиях, что способствует распространению инновационных технологий, которые направлены на улучшение качества сестринского ухода, основанные на доказательной медицине.

Повысить профессионализм сестринского персонала отдаленных улусов в Республике Саха (Якутия) – задача выездных конференций ассоциации



Копылова Валентина Ивановна,
Председатель комитета по защите прав членов АСМР Республики Саха (Якутия)

В 2008 году в Республике Саха (Якутия) был избран новый состав Правления региональной общественной организации «Ассоциация медицинских сестер Якутии». Правление возглавила президент, главный специалист по сестринскому делу республиканской больницы № 1 – Национального Центра Медицины – Яковлева Аграфена Васильевна.

С первых заседаний нового правления стала анализироваться численность членов организации, заинтересованность медицинских сестер во вступлении в ряды Ассоциации, определяться стратегия развития организации, роста членства и формы работы правления для улучшения качества сестринской помощи. Учитывая размеры территории республики, которая составляет 3103 квадратных километров,

численность населения 950 тысяч и отдаленность улусов (в республике 34 улуса) от центра, было решено попробовать выездную форму работы правления. Был составлен план, согласованный с Министерством здравоохранения Республики Саха (Якутия), определена тематика докладов и сообщений и с 2009 года члены правления во главе с президентом стали выезжать наземным и воздушным транспортом по улусам республики.

Перед каждым выездом за 1–1,5 месяца необходимо было связаться с руководителем ЛПО, получить добро, оповестить близлежащие районные больницы, ФАП-ы, акушерские пункты о предстоящей конференции и пригласить для участия в ней максимальное количество медицинских сестер, фельдшеров, лаборантов и других специалистов со средним медицинским образованием. Анализировалась ситуация по заболеваемости в данной группе районов, состояние ЛПО, наличие специалистов с высшим образованием, качественный и возрастной состав персонала, процент укомплектованности кадрами.

В состав бригады входили члены правления, главный внештатный специалист по сестринскому делу Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) Грязнухина Наталья Николаевна, члены комитетов правления:

Старостина Елена Николаевна – куратор филиалов Ассоциации, Мордосова Ирина Семеновна – член комитета по сестринской практике, Слепцова Елена Григорьевна – председатель профессионального комитета, Гоголева Светлана Алексеевна – член информационного комитета, секретарь, Багрева Ольга Вениаминовна – член комитета по защите прав членов Ассоциации, Копылова Валентина Ивановна – председатель комитета по защите прав членов Ассоциации, Беккер Елена Эриховна – председатель информационного комитета.

Бригаду возглавляли президент Ассоциации медицинских сестер и главный внештатный специалист по сестринскому делу Министерства здравоохранения.

Все выступления сопровождались мультимедийным сопровождением, раздавался раздаточный материал, подготовленный докладчиками. Занятия проводились и непосредственно на рабочих местах – в форме мастер-классов по различным профилям.

Какой бы ни была тематика, в каждой поездке президент Ассоциации информировала собравшихся о работе правления региональной Ассоциации, о мероприятиях, проводимых Ассоциацией медицинских сестер России, о перспективах развития региональной Ассоциации и планах на будущее. В



Активное обсуждение доклада г. Покровск



Главный внештатный специалист Минздрава РС(Я), президент АСМР РС(Я), главный врач Намской ЦРБ



Круглый стол с участием руководителей Горной ЦРБ



Семинар-совещание г. Вилюйск

свою очередь, главные врачи или их заместители, главные и старшие медицинские сестры принимающей стороны делились своими достижениями, рассказывали о своей работе, своих молодых специалистах – надежде каждого лечебного учреждения и своих ветеранах, которые являются фундаментом сестринского движения. Творческий и трудовой путь таких людей должен служить примером для будущих поколений медицинских сестер.

Поездки специалистов в улусы предоставили многим медицинским сестрам возможность лично послушать доклады, задать интересующий вопрос и получить исчерпывающий ответ. Такая форма общения привлекательна для большинства медицинских сестер, работающих в отдаленных улусах и они, видя, что правление ведет активную работу, сами с желанием пополняют ряды членов Ассоциации. А посещение президентом РАМС Саркисовой Валентиной Антонов-

ной нашей республики в 2011 году вдохновил всех медицинских сестер и убедил их в том, что участие в общественной работе помогает поднять престиж профессии медицинской сестры.

По окончании конференций обязательно проводились круглые столы, где обсуждались результаты работы, давались ответы на интересующие персонал вопросы, обсуждались дальнейшие перспективы сотрудничества.

В общей сложности было организовано 9 выездных заседаний правления, охвативших 22 улуса и 1673 слушателей. Положительным итогом стало увеличение членства – ряды Ассоциации пополнили около 1000 человек. Из числа медицинских сестер были назначены кураторы – ключевые члены по работе с персоналом по группам улусов.

Мы надеемся, что опыт выездной работы правления Региональной Ассоциации медицинских сестер Якутии будет интересен в других регионах России.

ВСЁ ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ И СТЕРИЛИЗАЦИИ



ВИТА-ПУЛ
медицинская компания
(495) 514-19-00
www.vitapool.ru



**мини-цены
на ЦСО**

Паровые, сухожаровые и плазменные стерилизаторы; мощно-дезинфицирующие машины; автоматы для мойки и дезинфекции суден и уток; ультразвуковые мойки; системы водоподготовки; мебель для ЦСО; упаковочные машины; стерилизационная упаковка; дезинфицирующие средства и кожные антисептики. Проектирование и реконструкция стерилизационных отделений. Технический сервис.

**КАЛИТА****Оксана Александровна,**

операционная медицинская сестра

МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО»,

Краснодарский край.

**«Признание коллег для меня
намного важнее подарка»**

Оксана Калита из тех, кто всю жизнь трудится на одном, но любимом месте. В городскую больницу № 2 она пришла сразу после школы, когда ей было шестнадцать лет. Не желая тратить время на другие занятия, попросилась санитаркой в операционный блок больницы. Трудолюбивую, ответственную и смышленную девушку сразу заметила старшая медицинская сестра оперблока, и через некоторое время Оксану повысили до сестры-хозяйки. Поднабравшись опыта, она подала документы в Краснодарский медицинский колледж – и поступила. Девушка совмещала учебу и работу и в результате получила заветный диплом. Её мечта исполнилась – она стала медицинской сестрой. Сегодня сестринский стаж Оксаны составляет более 6 лет.

Каждый день она готовит операционную к хирургическому вмешательству. Большинство выполняемых операций являются оригинальными и защищены патентами Российской Федерации. Применение высокотехнологичных методов дало возможность для широкого внедрения наукоемких высоких технологий в области хирургиче-

I место в номинации «Лучшая операционная медицинская сестра»

ской профилактики и лечения сложных заболеваний органов пищеварения, гинекологии, онкологии, хирургической эндокринологии. Это требует от сестринского медперсонала профессионализма, качественных теоретических и практических навыков. Грамотная операционная сестра – это 50% успеха оперативного лечения. Безукоризненное, доведенное до автоматизма выполнение профессиональных навыков и умений в сочетании с соблюдением асептики, знание инструментов, только названия которых исчисляются сотнями, способность воспринимать и уметь применить на практике великое множество специальных знаний – вот те качества, обладать которыми операционная медсестра обязана. Наша Оксана – именно из таких.

Применение стандартов облегчает работу медсестер, сокращает неоправданные расходы средств, обеспечивает преемственность, улучшает результаты лечения. В операционном блоке разрабатываются технологические карты оперативного лечения пациентов, включающие подготовку пациента в предоперационном периоде, определяют необходимую материальную базу для проведения операции, четко планируют работу операционной медсестры в интраоперационном периоде. Обеспечение безопасной периоперационной среды в нашем опера-

ционном блоке достигается выполнением современных технологий обработки медицинского инструментария и материалов в ЦСО и использования современной стерилизующей аппаратуры в операционном отделении, а также дезинфекцией помещения аппаратными методами.

Почему мы представили на конкурс именно Оксану? Потому что она грамотный специалист, великолепно владеет всеми сестринскими манипуляциями, в экстренных ситуациях сохраняет самообладание, квалифицированно оказывает неотложную помощь и применяет новые технологии на практике. Говорят, что незаменимых людей нет, но есть люди, в которых нуждаются.

«Когда я готовилась к конкурсу, у меня было такое чувство, будто мне помогает вся больница: от моих коллег в отделении до администрации, – говорит Оксана. – Весь средний медперсонал оперблока помогал мне в подготовке материалов. Без такой поддержки я не могла не победить.

Честно говоря, я даже не знаю, какой приз мне за это положен. Но признание коллег для меня намного важнее подарка».

**Заместитель главного врача
МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО»
по работе с сестринским
персоналом
Саньят Чемсо**





**ГРИГОРЬЕВА
Яна Владимировна,**

операционная медицинская сестра
ГУЗ «Краевая клиническая больница»,
г. Чита.

**Я вижу перспективу своей
профессии**

«К операции всё готово, можно начинать...» Ежедневно такими словами в течение многих лет начинается рабочий день в операционной Краевой клинической больницы г. Читы для Яны Владимировны Григорьевой.

В выборе профессии ей помог случай с родственником, тогда Яна и решила пойти в медицину. О профессии операционной медицинской сестры много говорилось вокруг, она воспринималась как очень трудная, но романтическая и даже героическая. Случайно операционной сестрой не становятся, и для Яны Владимировны Григорьевой работа в операционной стала настоящим призванием всей ее жизни.

Умение сопереживать, сочувствовать чужой боли – одно из главных ее качеств. Терпеливость, тактичность, ответственность, многолетний опыт работы операционной медицинской сестры позволил ей стать профессионалом высочайшего класса. Опытная сестра понимает хирурга зачастую без слов, по одному лишь взгляду и еле уловимому жесту – все эти качества

II место в номинации «Лучшая операционная медицинская сестра»

как раз и присущи ей – операционной медицинской сестре Государственного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» Яне Владимировне Григорьевой. Вдумчивое отношение операционной медицинской сестры к работе способно не только уменьшить вероятность осложнений, но и предотвратить их развитие. Именно рациональная организация сестринского процесса, которая предусматривает высокий уровень профессиональных специальных сестринских



технологий и бесперебойное вспомогательно-техническое обеспечение операции, является непременным условием благоприятного исхода оперативного лечения.

Обладая достаточным профессиональным опытом, Яна Владимировна активно участвует в реорганизации сестринского процесса. Она входит в состав профессионального комитета «Операционное дело», является членом экспертной комиссии по аттестации операционных медицинских сестер. Не останавливаться на достигну-

том, быть первой – ее жизненный принцип, послуживший хорошим стимулом для участия во Всероссийском конкурсе медицинских сестер 2011 года. В конкурсе она победила – второе призовое место в номинации «Операционное дело», результат ежедневного напряженного труда. Успех ради успеха не может принести удовлетворение; приносить пользу людям – вот основная цель и смысл жизни Яны Владимировны. Он созвучен со словами великого психотерапевта Виктора Франкла: **«Смысл своей жизни я видел в том, чтобы помогать другим людям находить смысл их жизни».** Сейчас она трудится во вновь открывшемся отделении – операционных противошоковых мероприятий. В апреле 2012 года, благодаря финансовой поддержке региональной ассоциации, Яна Владимировна проходила стажировку на рабочем месте в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе г. Санкт-Петербурга. Освоенные ею принципы работы этого отделения, по словам Яны Владимировны, будут внедрены в Краевой клинической больнице г. Читы.

В следующем году Яна Владимировна получает диплом высшего сестринского образования – еще одно подтверждение ее мастерства и профессионализма. «Я чувствую себя уверенно и вижу перспективу, которая определяет заинтересованность в моей профессии», – говорит Яна Владимировна. Более 10 лет она является и членом Забайкальской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация медицинских специалистов».

Т.В. Кирюшкина,
председатель профессионального
комитета «Операционное дело»,
старшая операционная медсестра
ГУЗ «ККБ», Забайкальский край



ТИХОНОВА

Светлана Анатольевна,

операционная медицинская сестра
МБЛПУ «Зональный перинатальный центр»,
г. Новокузнецк, Кемеровская область.

Не зря работаю, не зря живу!

«Как бы банально это не звучало, но о медицине мечтала с детства», – говорит Светлана Тихонова, операционная медицинская сестра эндоскопического отделения Зонального перинатального центра г. Новокузнецка Кемеровской области. После школы собиралась в медицинский институт на врача, но так сложилось, что не сложилось! Сегодня, имея за плечами более 20 лет медицинского стажа, Светлана Анатольевна об этом ни разу не пожалела: «Еще неизвестно, какой бы из меня вышел врач, а сестринское дело – это моё».

В медицину пойдет не каждый. Это, пожалуй, единственная сфера, где даже с двумя «красными дипломами» и коллекцией сертификатов о прохождении курсов повышения квалификации без души нечего делать. Детская эндоскопия. Здесь «в полножки» не допустимо. А она и не допускает. Тихонова в хорошем смысле «одержима» своим делом. Детей любит безумно. Каждый спасенный ребенок вызывает в ней бурю эмоций. Эта «буря» не дает ей сидеть на месте, ведет к новым знаниям, профессиональным открытиям.

Уговорить, расположить к себе, не сделать больно и в то же время четко, отлаженно выполнить необходимую

III место в номинации «Лучшая операционная медицинская сестра»

процедуру – звучит просто. Тихоновой удается это «просто» делать почти гениально. «Малышу трудно понять, что от него требует чужая тетя в белом халате, а вот мама плохого не посоветует! И вообще, мы – взрослые, обязаны защищать наше будущее, наших деток, сохранять их здоровье». Этим принципом руководствовалась она, разрабатывая методические пособия – памятку для детей, направленных на фиброгастроскопию, стандарт профессионального общения медицинской сестры при проведении фиброгастроскопии.

Увлеченная натура Светланы Анатольевны не ограничивается теоретической составляющей. «Хочется достучаться до каждого родителя – берегите детей! Прописная истина – лучше предотвратить, чем лечить, но как часто об этом забывают...» Написала, отработала на «практике», сняла познавательный фильм и пошла в «массы» – в детских садах города она частый гость: проводит лекции-беседы с родителями с демонстрацией собственного

фильма по профилактике инородного тела дыхательных путей. «Двум-трем малышам опасная игрушка с мелкими деталями не попала в рот, значит: не зря работаю, не зря живу!» И действительно: не зря! «Серебро» в областном конкурсе профессионального мастерства и почетное третье во всероссийском – неплохое начало!

«Вот люблю ребятнишек, люблю свою работу, и всё тут!», – говорит Светлана Анатольевна. Несколько раз предоставлялась возможность занять административную должность, но «практика» для нее необходима как воздух, как рыбе вода.

«Мне интересно учиться. Узнаю новое, удивляюсь, пробую делать, а значит – профессионально расту. В нашем регионе, где все трудовые достижения приветствуются областным руководством и Профессиональной Ассоциацией медицинских сестер, это не сложно. А стремиться всегда есть к чему, тем более, когда тебя поддерживают, понимают и, что не маловажно, поощряют».





Дозатор «Ингасепт 26»

Возможность применения сменных помп - пластиковой и стальной.



Дозатор «Лизоформ»

Локтевой дозатор для жидкого мыла и дезинфицирующего средства.



Дозатор «Ингасепт Плюс»

Удобная замена насоса - не требует демонтажа дозатора со стены.



Дозатор «Ингасепт Цвет»

3 варианта яркого сигнального цвета корпуса - Красный, Жёлтый, Оранжевый.



Бесконтактный дозатор «Ингасепт»

Бесконтактный дозатор.



Дозатор «Ингасепт Счетчик»

Встроенный счётчик для контроля использования дезинфицирующих средств.



ООО «МДС»

195220, Санкт - Петербург, пр. Непокоренных, д.17/4, бизнес центр "Берер", офис 203/10

Тел. +7 (812) 655-07-01

E-mail: sales@lysoform.ru

www.medds.ru



МАЦЕХА

Елена Евгеньевна,

фельдшер МУЗ «Станция скорой медицинской помощи», г. Чита.

Сегодня мы хотим рассказать Вам, уважаемые читатели, о прекрасном человеке, о настоящем профессионале своего дела – фельдшере скорой медицинской помощи Елене Евгеньевне Мацеха.

Сначала мы попросили рассказать её о себе:

– Однажды, в юности, я увидела совместные учения пожарной службы и скорой медицинской помощи. Глядя на отточенные, красивые движения специалистов, решила, что моя будущая профессия обязательно должна быть связана со спасением людей. Я искренне верила, что этот труд – сплошная романтика.

Шли годы, и я все больше убеждалась, что выбор был сделан правильно. В процессе обучения в училище, я много времени уделяла самообразованию. Когда пришла на свое первое дежурство, то чувствовала себя «профессором». Но тогда меня постигло разочарование – оказалось, что труд фельдшера скорой помощи требует не только высоких знаний, но и способности переносить значительные интеллектуальные и физические нагрузки. Зачастую возникают ситуации, когда нужно уметь быстро сконцентрировать внимание, быть выносливым и терпеливым. И все это – при жесточайшем дефиците времени.

I место в номинации «Лучший фельдшер»

Тогда на помощь мне пришли более опытные коллеги. Они помогли «сохранить лицо» в глазах тех, кто трудился рядом и пациентов, быстрее освоиться на рабочем месте, побороть тревогу и свести к минимуму последствия стресса «новичка». Их советы и действия для меня приоритетны и на сегодняшний день.

Я – общительный по своей натуре человек, с удовольствием занимаюсь общественной деятельностью. Работаю в составе Совета фельдшеров, являюсь наставником для молодых специалистов. Принимаю участие в организации и проведении профессиональных конкурсов на Станции скорой медицинской помощи. Конкурсанты всегда серьезно и ответственно готовятся к этим событиям и очень волнуются, несмотря на дружелюбную атмосферу, царящую во время проведения конкурса. Глядя на своих коллег, я пришла к выводу, что мне совершенно необходимо побывать на их месте и ощутить все эти эмоции на себе.

В течение всей моей трудовой деятельности, я постоянно ощущаю поддержку со стороны своих коллег, руководства Станции скорой медицинской помощи и Профессиональной Ассоциации медицинских работников Забайкалья.

В Ассоциации я состою с 1998 года, она дарит мне интересные идеи и проекты, при этом помогает осуществлять их. Примером тому является организация и проведение профессиональных конкурсов в рамках краевых конференций по специальности «Лечебное дело».

Мы опросили коллег Елены Евгеньевны и представляем вашему вниманию их мнения.

Елена Дмитриевна Гершгорина – фельдшер Станции скорой медицинской помощи:

– Елена Евгеньевна – специалист высокого класса в своем деле. Она очень добрый и мудрый человек, всегда всем готова прийти на помощь.

Сергей Сергеевич Проценко – врач анестезиолог-реаниматолог:

– Мы с Еленой Евгеньевной много лет работаем в одной бригаде. Она, как фельдшер скорой помощи, неоднократно проявляла умение принимать самостоятельные и неординарные решения в экстренных ситуациях. Когда я дежурю с ней, чувствую себя уверенным, зная, что мне есть, на кого положиться.

Елена Геннадьевна Разворотнева – главный фельдшер Станции скорой медицинской помощи:

– Елена Евгеньевна обладает удивительными организаторскими способностями и потенциалом настоящего лидера. Неоднократно принимала активное участие в подготовке и проведении как краевых научно-практических, так и внутрибольничных конференций средних медицинских работников. Проводила обучение правилам эксплуатации медицинского оборудования в демонстрационно-практическом блоке и мастер-классе фельдшеров скорой медицинской помощи Забайкальского края. Елена Евгеньевна Мацеха активно работает в профессиональном комитете «Лечебное дело», созданном при Профессиональной Ассоциации средних медицинских работников Забайкалья.

Елена Александровна Петухова – фельдшер Станции скорой медицинской помощи:

– Когда я пришла работать на Станцию скорой медицинской помощи, Елена Евгеньевна, как опытный фельдшер, помогла мне своими советами и практическими навыками. Она научила меня выбирать правильную тактику в непростых ситуациях, которые так часто встречаются в работе фельдшера скорой помощи.

Ирина Павлиновна – фельдшер Станции скорой медицинской помощи:

– Елена Евгеньевна – надежный товарищ, с которым можно «пойти в разведку».



БАРАНОВ
Роман Анатольевич,

фельдшер выездной бригады,
МУЗ «Городская больница скорой
медицинской помощи» г. Воркуты,
отделение скорой медицинской помощи
подстанция Центральная.

«Скорая помощь», ставшая судьбой

Романа Анатольевича Баранова, занявшего II-е место во Всероссийском конкурсе 2011 г. в номинации «Фельдшер скорой медицинской помощи», я знаю его с детского возраста. Больше 30 лет мы вместе с его мамой – фельдшером Валентиной Лейзеровной Барановой работаем на Воркутинской «скорой». Маленький Рома часто бывал на Центральной подстанции, внимательно приглядываясь к окружающему. Не удивительно, что после школы он поступил в медучилище, а по окончании его в 1993 г. пришел в наш коллектив, как в родную семью.

С детства любящий технику Роман легко освоил применяемые у нас методы диагностики и оказания помощи, всю имеющуюся на оснащении аппаратуру. В 2001 г. он аттестуется на первую, а в 2006 г. на высшую квалификационную категорию. Грамотный, уравновешенный, способный самостоятельно принимать ответственные решения, быстро и четко работать в любых самых неприспособленных условиях, Роман хорош на разных участках нашей

II место в номинации «Лучший фельдшер»

работы, как при самостоятельных выездах, так и в составе врачебных бригад, особенно бригады интенсивной терапии, занимающейся наиболее тяжелой категорией больных и пострадавших, нередко находящихся в критических состояниях, когда счет идет на минуты, даже секунды, и от тебя зависит человеческая жизнь.

Не всякий человек, имеющий медицинское образование, способен работать на «скорой помощи». Эта работа для людей с особым нервно-психическим и душевным складом, способных быстро ориентироваться, не терять присутствия духа и не впадать в панику, действовать уверенно и оперативно. Потому что «скорая» – это всегда работа в экстремальных условиях. Для «скорой помощи» на Крайнем Севере, где морозы, пурги, полярная ночь обычные явления, это верно вдвойне. Воркутинская служба скорой помощи кроме своих основных функций выполняет еще и вызовы по санитарной авиации. Наши врачи и фельдшера, и Роман в их числе, на вертолетах и вертолетах отправляются в Большеземельскую тундру и на побережье Ледовитого океана для оказания экстренной помощи оленеводам, газовикам, буровикам, рыбакам и геологам. Роман Баранов – человек «скорой помощи», органично в нее вписавшийся.

На «скорой помощи» Роман нашел свою любовь. Наташа – тоже фельдшер «скорой». В 1999 г. они поженились, а в 2000 г. у них родилась дочка Танечка. К слову, фельдшер высшей категории Наталья Валерьевна Баранова завоевала в 2010 г. первое место в Республике Коми на конкурсе «Лучший фельдшер скорой медицинской помощи», а недавно она назначена старшим фельдшером Центральной подстанции Воркутинской больницы скорой медицинской помощи. Барановы принимают активное участие не только в общественной жизни нашего коллектива, но и школы, в которой учится их дочь – круглая отличница. Например, они проводят занятия со школьниками по

оказанию первой помощи при несчастных случаях.

В трудные годы, когда медикам полгода не выдавали зарплату, появилась у Романа мысль о необходимости сменить профессию. В 2001 г. он поступает на заочный факультет Воркутинского филиала Санкт-Петербургского горного института и в 2007 г. успешно окончил его по специальности «Инженер-механик». Но со «скорой помощи» Роман так и не ушел, а знания, полученные им в институте, помогают лучше разбираться в нашей аппаратуре. С любыми возникающими техническими проблемами, неполадками в работе аппаратуры или бытовой техники наши сотрудники привыкли обращаться к Роману Анатольевичу, и он охотно откликается на их просьбы о помощи. Он регулярно проводит занятия по правилам эксплуатации наших приборов, обучению работе с техническими новинками, поступающими на оснащение бригад. Первым на «скорой помощи» Роман освоил компьютер и интернет. Когда наконец наша служба была компьютеризирована, Роман принял живейшее участие в наладке АСУ, адаптации ее к местным условиям, обучению диспетчерского и административного персонала работе операторов, выполняя функции системного администратора.

Разнообразны увлечения Романа. Выросший в Воркуте, он любит своеобразную красоту Заполярья, увлекается охотой, рыбалкой, походами в тундру за грибами и ягодами, фотографией, радиолюбительством, хорошо играет на гитаре, весьма начитан. Он страстный автомобилист. На своей машине Барановы всей семьей каждый год путешествуют по России и ближнему зарубежью.

Еще одну черту характера Романа следует обязательно упомянуть – его поразительную скромность.

Р.А. Баранов пользуется заслуженным уважением и любовью членов нашего коллектива. Все мы радовались, узнав, что Роман занял первое место на республиканском этапе конкурса, и



КУЗНЕЦОВ

Константин Александрович,

старший фельдшер отделения скорой
медицинской помощи
ГБУ Республики Марий Эл
«Республиканский клинический
госпиталь ветеранов войн».

Говорят, чтобы мечты сбывались, нужны возможности. Но Константин Александрович другого мнения: «Если есть цель, ее стоит добиваться, несмотря на любые трудности».

В профессию фельдшера приходят по-разному, свой путь был и у Константина. Стать медиком он решил еще в школьные годы, решил поступать в медицинский институт, но не сложилось. Успешно сдав экзамены, был зачислен в Йошкар-олинский медицинский колледж на факультет «Лечебное дело», затем пришел на работу в Республиканскую больницу ветеранов войн (ныне Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн) в отделение скорой медицинской помощи фельдшером выездной бригады. В 2010 году был назначен на должность старшего фельдшера отделения скорой медицинской помощи.

Госпиталь ветеранов войн – учреждение особое. Здесь лечат пациентов, которые более всех нуждаются в уважении, внимании и заботе. Пожилые и больные люди чрезвычайно уязвимы, зависимы от посторонней помощи, нередко капризны, потому в общении с ними требуются терпение и чувство такта. Создать ощущение комфорта, по-

II место в номинации «Лучший фельдшер»

мочь сохранить самоуважение и оказать высокопрофессиональную помощь – вот главные задачи медицинского персонала госпиталя. Но важно не только поддерживать высокий уровень работы, важно двигаться вперед. Поэтому Константин Кузнецов вошел в состав Ассоциации средних медицинских работников Республики Марий Эл, став впоследствии членом специализированной секции фельдшеров скорой помощи, а также исполнительной дирекции Ассоциации. «Быть в рядах сильных и смелых стремился всегда. Упорно работал над собой – совершенствуя и профессиональные и человеческие качества», – так о своем выборе в пользу общественной деятельности высказывается Константин.

Ассоциация ставит и решает на уровне региона ответственные и важные задачи – содействует внедрению новых технологий, зачетно-накопительной системы повышения квалификации. «Стараюсь реализовать эту работу в своем учреждении через проведение общебольничных конференций, профессиональных конкурсов, знакомство коллектива с наработками и опы-

том коллег из других медицинских учреждений региона», – говорит Константин, и дополняет: – Есть в общественной работе и определенные вызовы, они подстегивают личное профессиональное развитие. Именно с этих позиций я рассматривал участие во всероссийском конкурсе, инициированном Российской ассоциацией и Министерством здравоохранения и социального развития РФ».

«Счастье, когда будущее, о котором мечтаешь, становится реальностью на твоих глазах. Сегодня мне хочется искренне поблагодарить Ассоциацию Республики Марий Эл за то, что в меня поверили, поддержали. Призовое место во всероссийском конкурсе – первая большая награда в моей профессиональной жизни. Считаю, что ежегодный Всероссийский конкурс «Лучший по профессии среди специалистов со средним медицинским образованием» послужит добрым делом и позволит повысить профессионализм и престиж нашей профессии, а словам «Я – медицинский работник» зазвучать гордо», – убежден Константин Александрович.





СОЛОВЬЕВ
Николай Фёдорович,

старший фельдшер
ГУЗ «Ивановская областная станция
переливания крови».

«Добрый, чуткий, отзывчивый и необыкновенно скромный, – так говорят о Николае Федоровиче сослуживцы. – Более надежного человека себе трудно представить. Как хорошо, что не только в нашей профессии, а в нашей жизни еще есть такие интеллигенты и джентльмены!»

Николая всегда увлекала романтика. «Хотелось помогать людям, быть нужным», – говорит он сегодня, когда за плечами достойный «багаж» профессионала – учеба в колледже, служба в армии, первые шаги в должности фельдшера выездной бригады Ивановской областной станции переливания крови. За эти годы Николай Федорович заслужил и авторитет, и доверие со стороны коллег и администрации учреждения. В 2008 году, не сомневаясь в своем выборе, администрация Станции переливания крови предложила ему должность старшего фельдшера.

«Надежность Николая Федоровича в том, что он всегда к себе гораздо более требователен, чем руководство или коллеги. Раньше таких людей мы называли передовиками производства, но это не совсем верное по отношению к нему определение. Он всегда стремится к тому, чтобы выполнить профессиональные задачи на 200%. Но речь идет не о производстве с безликим

3 место в номинации «Лучший фельдшер»

конвейером, а о творческой и, одновременно, очень точной работе. Его задача не только грамотно организовать рабочий процесс на станции, на Николая возложена большая ответственность по привлечению доноров», – говорит директор ОБУЗ «Ивановская областная станция переливания крови» Ключева Елена Александровна.

Дни донора, организованные Николаем Соловьевым, проходят в вузах и на предприятиях; круглые столы с его участием заостряют внимание жителей Ивановской области на традициях взаимопомощи и милосердия. Он активно привлекается радио- и телевизионными каналами – и сеет разумное, доброе, вечное... Готов он отстаивать задачи спасения людей и в общении с органами государственной и общественной власти – его выступление на заседании Общественной палаты РФ, посвященное развитию донорства, вызвало немалый резонанс.

Николай знает, что от качества его работы зависит конечный результат ультрасложных оперативных вмешательств, спасение людей, попавших в ДТП, страдающих тяжелыми заболеваниями крови. В любых обстоятельствах, в том числе при работе на выезде, он обязан это качество обеспечить – абсолютное владение всеми профессиональными навыками и знаниями в этом, бесспорно, помогает.

Не забывает Николай и о своем коллективе – регулярные тренинги, конференции, подготовка к аттестации, тестирование, обучение навыкам – все выполняется им «на отлично». Большое внимание Николай Федорович уделяет и этическим аспектам работы. Относясь к своим коллегам с глубоким уважением, Николай Федорович доказывает, что именно уважение должно быть в основе профессиональных взаимоотно-

шений между медицинскими работниками и пациентами.

Профессионализм невозможен без непрерывного совершенствования, поэтому недавно Николай с отличием закончил повышенный уровень образования в Кинешемском медицинском колледже, поэтому он – активный участник общественной работы, проводимой Ивановской областной и Российской национальной ассоциацией медицинских сестер.

Кроме того, Николай Федорович – председатель первичной профсоюзной организации ОБУЗ «ИОСПК», член областного комитета профсоюза работников здравоохранения Ивановской области, главный внештатный специалист-эксперт по специальности «Лечебное дело» ДЗО Ивановской области, председатель экспертной группы по специальности «Лечебное дело» Областной аттестационной комиссии для специалистов со средним медицинским образованием.

И для всего этого в водовороте профессиональной жизни, внедрения новых технологий работы, участия в семинарах, конференциях, международных проектах хватает и времени, и сил, и, главное, энтузиазма. Поэтому внушительный список почетных грамот, наград и признаний не удивляет, а звание «Почетного донора России», которое было присвоено Николаю приказом МЗСР РФ еще в 1999 году, только подтверждает, что его профессия – дело всей жизни.



МЫ СТАЛИ КОМАНДОЙ!

5–8 ИЮНЯ АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ ПРОВЕЛА ВТОРОЙ СЕМИНАР ПО МЕЖДУАРОДНОМУ ПРОЕКТУ «ЛИДЕРСТВО В ПЕРЕГОВОРАХ»



«Мы стали командой» – так охарактеризовали состоявшийся семинар его участники по завершении всей учебной программы. «Мы вместе обсуждали те вопросы политики здравоохранения, которые в обычной жизни воспринимаем как данность, мы ставили под сомнение те решения властей, которые чаще всего готовы выполнять беспрекословно, бессловесно. Мы привыкли быть винтиками в масштабах всей системы, а должны уметь профессионально противостоять тому, что противоречит нашим знаниям, не идет на пользу пациенту, мы должны учиться формулировать свои мысли, искать самые сильные аргументы и быть готовыми вступать в дискуссию со своим руководством – и всему этому мы учились здесь» – отметили в своих отзывах представители разных региональных ассоциаций.

По правилам «Лидерства» каждый семинар начинается, как и предыдущий, – участники докладывают о выполнении собственных проектов. Форма обучения в этом проекте, можно сказать, очно-заочная, с ежегодными встречами. Но вот между такими встречами каждому следует практиковаться в лидерстве, выполнять то, что более всего требуется региональной организации. Проекты у всех участников разные, но созвучны идее укрепления профессиональных ассоциа-

ций и включают развитие структуры ключевых членов, привлечение в ряды ассоциаций новых медицинских сестер, создание новых услуг и видов поддержки для членов на местах – например, издание собственных газет, листовок, буклетов или обучение медицинских сестер работе за персональным компьютером. Некоторые создают новые виды помощи – школы здоровья, школы по уходу за тяжелооблеченными пациентами. Свои приоритеты участники выбирают самостоятельно, а региональные ассоциации оказывают им нужную поддержку. Что-то получается, что-то нет. Например, Светлана Аристидова, исполнительный директор регионального отделения РАМС в Санкт-Петербурге, год назад поставила перед собой задачу, которая оказалась невыполнимой. Глядя на другие региональные организации с высоким членством, она надеялась воодушевить правление и специалистов в Санкт-Петербурге, поднять членство в организации сразу на 50%. Удалось на 11,6%, сама Светлана поставила себе тройку, но причины всем понятны и объективны. В Санкт-Петербурге очень низкая укомплектованность кадрами, медицинские сестры совмещают, – сил, времени, эмоций и энтузиазма на общественную работу не хватает. Участники пожалели Светлане удачи и успехов в начатом деле.

Интересный поворот ждал участницу проекта из Кемерово – исполнительного директора Кемеровской профессиональной ассоциации Елену Владимировну Буш. Год назад она решила реализовать проект по созданию школы для пациентов с мастэктомией. Но президент Кемеровской ассоциации – Тамара Васильевна Дружинина – предложила подумать. Школу для пациентов создать можно и нужно, но в общем рабочем порядке. А что было бы целесообразно выполнить на пользу самой ассоциации? Как и положено лидерам, уже освоившим некоторые навыки общественной работы, члены правления Кемеровской ассоциации провели анализ SWOT (анализ сильных и слабых сторон своей организации) и пришли к парадоксальному выводу. В одной из крупнейших профессиональных ассоциаций страны рядовые члены имеют весьма смутные представления о целях, задачах и специфике работы своей организации. Решение было принято незамедлительно – надо работать с медицинскими сестрами, объяснять им простым и доступным языком ради чего мы существуем, как быть членом организации, какие возможности это дает, учить быть активными, быть лидерами на местах.

«Да, лидерству надо учиться, – неустанно повторял Франсис Саппа-

райен, координатор проекта от Международного совета медсестер и обратился к участникам семинара с тем же вопросом, что и к членам Координационного совета РАМС несколькими днями ранее – «Кто вы – лидеры или управленцы?».

Лидер ассоциации должен знать и уметь многое – быть в курсе всех событий, знать структуру своей организации, опираться на законодательство об общественных объединениях и использовать все его возможности, искать для своей организации партнеров, быть способным разрешать конфликты, быть готовым публично выступить перед любой аудиторией, и, как итог и совокупность всех этих навыков, уметь вести переговоры. Изучению этих вопросов и был посвящен состоявшийся семинар. Занятия проходили интенсивно, лекции сменялись ролевыми играми, презентации – решением индивидуальных задач, выступления приглашенных спикеров – общей дискуссией.

К любой лекции у Франсиса нашелся пример из собственной жизни. Любому лидеру надо уметь выступать на публике, выступать ярко, интересно. Важно отлично подготовиться, уметь держаться на публике, не дать волнению все испортить. А еще важно не упустить свой шанс и не отказаться от предложения выступить из-за собственной неуверенности. Однажды Франсис участвовал в заседании Международного Совета Медсестер в ранге президента своей национальной ассоциации. Заседание проходило по заранее намеченному плану – выступления, дискуссии, перерывы. И вот



в одном из таких перерывов он случайно столкнулся с исполнительным директором МСМ, на тот момент Джудит Оултон. «Франсис, у нас есть проблема – важный спикер по вопросам безопасной производственной среды, которому завтра выступать, попал в больницу, выручай, подготовь презентацию минут на 10–15, после выступления будь готов ответить на вопросы. Можно опираться на опыт своей страны», почти на бегу и, как водится, скороговоркой произнесла Джудит. Сказано – сделано! «Моему волнению не было предела, президенту Маврикийской ассоциации доверили такое серьезное выступление, знания есть, но как собраться, как с собой справиться? В итоге, потратив на подготовку весь вечер и ночь, я не упустил этот шанс. После этой «проверки боем» МСМ предложили мне стать консультантом по вопросам безопасной производственной среды, а затем и по другим международным инициативам организации. В том числе и благодаря

тому выступлению я имею честь уже в пятый раз быть здесь, в России», поведал участникам семинара Франсис.

Оказалось, что и в нашей команде есть такие лидеры! Николай Федорович Соловьев, фельдшер станции переливания крови из Иваново поведал, что однажды вечером, когда ничто, как говорится, не предвещало, в его доме раздался звонок. На другом конце провода была главный врач станции – «Николай Федорович, собирайся, завтра утром тебе надо быть в Москве, выступить о проблемах донорства крови на заседании Общественной палаты, я не могу, презентацию свою высылаю...». Сердцебиение, давление, пульс, компьютер, почта, – вся ночь, по словам Николая, ушла на доработку презентации «под себя». В работе волнение немного отступило, а дальше надо было спешить на поезд, не опоздать на заседание. «К счастью, выступать пришлось не первым, после нескольких докладчиков все пришло в норму, я уже познакомился с аудиторией, мысленно спланировал свой выход и – все прошло отлично!», резюмировал Николай Федорович, советуя всем и каждому не бояться таких экспериментов. Такие ответственные выступления были почти у каждого участника проекта – профессиональные конкурсы, встречи в департаменте, круглые столы с участием губернаторов.

«Мы смогли подробно разобрать структуру профессиональной организации, увидели, какую функцию выполняет каждый ее элемент, поняли, что в этой структуре очень важны ключевые члены» – отметила президент Вологодской ассоциации и продолжила – «Большое спасибо Евю Густавсон! Я слышала о концепции ключевых чле-





нов, но не знала, как применить ее в своем регионе. Думала, что ключевых членов предстоит выбрать мне – попросту назначить. Но, оказывается, их должны выбрать рядовые медсестры. Да, наверное, мы потратим больше времени, чтобы сформировать эту структуру, но мы покажем всем членам организации, что именно они принимают основные решения и все зависит от них», дополнила эту мысль Марина Надежина, руководитель Костромской сестринской ассоциации.

Обучение на семинаре вели не только координаторы проекта от Международного совета и Шведской ассоциации. Практически по всем темам выступила Валентина Антоновна Саркисова, президент РАМС. О реальном, живом, ярком и увлекательном опыте национальной ассоциации и личном опыте лидерства ее президента участники слушали со стопроцентным вниманием. «Узнать о том, как решаются сложные общественные вопросы из первых уст, вот ценность участия в этом проекте», отметили позже наши студенты в своих анкетах.

Наряду с традиционными презентациями, президент РАМС провела своеобразный переговорный тренинг. Предложила обсудить и провести переговоры по нескольким реальным проблемам, напрямую касающимся медицинских сестер, например, по вопросу о допуске студентов к работе в сестринских должностях. «Но ведь решения уже приняты, Валентина Антоновна, попытались возразить некоторые участники, – какой смысл нам это обсуждать, если мы все равно ничего не можем с этим поделать?» «Смысл есть, собственно в этом и есть суть лидерства – не хранить молчание, если мы не согласны, ис-

кать аргументы, переубеждать руководителей отрасли, искать путь для реализации своего мнения», подчеркнула Валентина Антоновна.

«Было не только интересно, но и очень полезно примерить на себя разные роли – побыть министром здравоохранения, главным врачом, лидером ассоциации во время ролевых игр. Мы ведь не просто «играли», мы приобрели ценный навык – ставить себя на место своего руководителя и уже с этих позиций подбирать наиболее ценные аргументы для решения самых разных вопросов в пользу своих сестер – будь то расписание дежурств, отпусков, или совместительство, или закупка нужных нам расходных материалов, ремонт, организация конференции» – так высказались многие участники семинара.

Семинар стал отличной площадкой для обмена опытом. Так, все были полны удивления, узнав о том, что членами Забайкальской профессиональной сестринской ассоциации являются не только медицинские сестры, но и

ВРАЧИ! Как можно, почему, зачем?!? Завязалась интересная дискуссия, не противоречит ли это Уставу, не ущемляет ли права медицинских сестер. Елена Жигарева, член Правления Забайкальской ассоциации парировала – «да, мы принимаем тех врачей, которые готовы с нами работать, готовы нам помогать. Это взаимный процесс – врачи активно участвуют в наших мероприятиях, проводят для наших членов интересные мастер-классы, выступают и на сестринских, и на врачебных секциях в ходе национальных конференций. Мы помогаем им с оплатой проезда, как и другим членам ассоциации. Хочу сказать, что в регионе это только поднимает престиж нашей ассоциации, многие главные врачи сетуют на то, что у них такой ассоциации нет, что мы так интересно живем, что мы активны и хотим менять здравоохранение, вовлекая в это движение всех неравнодушных специалистов вне зависимости от их профессионального статуса!» Франсис отметил, что обязательно поделится этим интересным опытом в своей стране, расскажет, что есть в мире такие врачи, которые не чужды совместной общественной работе с медицинскими сестрами.

С большой благодарностью участники проекта пообщались с приглашенными спикерами, профессионалами в области разрешения конфликтов. Педагог-психолог Московского медицинского училища № 6 Исаева Александра Павловна рассказала участникам о конфликтах в коллективе, конфликтах с пациентами, психологических механизмах конфликтного пове-



дения, внесла рекомендации о том, как руководителям сестринских служб проводить преобразование деструктивной энергии конфликта в конструктивную. Эта тема очень заинтересовала Марину Надежину, президента Костромской ассоциации. Надо искать нестандартные способы переубеждения тех, кто не поддерживает ассоциацию, вполне возможно, знания психологии в этом пригодятся.

Масса вопросов была обращена в адрес другого приглашенного спикера – заместителя председателя ЦК Профсоюза работников здравоохранения Андрончиков Михаила Михайловича. Профсоюз сегодня – это огромная общественная организация, в составе которой около 2,4 миллионов человек – врачей, медицинских сестер, работников других профессий, задействованных в системе здравоохранения. Но, цифра эта не стоит на месте, она сокращается. «Парадоксально, но факт – чем выше зарплата медицинских работников, тем меньше желания состоять в Профсоюзе», отметил Михаил Михайлович. «Специалисты склонны пренебрегать многолетними традициями общественной работы. Сегодня есть зарплата, значит, Профсоюз не нужен. Однако, что будет завтра, кто знает? Есть масса иных трудовых вопросов, которые без участия организации решены не будут. Только за последний год Профсоюзом проведено 4160 проверок работодателей, выявлено 7290 нарушений, выдано 1253 представления об их устранении; 92 дела переданы в органы Прокуратуры, по 60 нарушениям приняты меры инспекторского реагирования. В силу несовершенства нормативной базы и недостаточного контроля основной объем нарушений в области трудового законодательства происходит в части заключения, изменения и прекращения трудового договора, оплаты труда, охраны труда, режима труда и отдыха, повышения квалификации, иных вопросов. По большинству исков дела выигрышные. Нередко положительный результат приносит практика досудебного разбирательства». Но и у Профсоюза возможности не безграничны – часто не хватает финансирования, несмотря на то, что средний ежемесячный взнос в организацию составляет 180 рублей, сделать все не удастся, так как в адрес ЦК поступает только

30% этих средств, остальное сохраняется в регионах. Раньше система была иной – членские взносы распределялись между территориальными и центральным органом Профсоюза в равных частях. При сохраняющейся тенденции оттока членов возможности ЦК будут сокращаться.

Участники семинара при этом отметили, что средний взнос в профессиональную ассоциацию составляет 20–30 рублей ежемесячно, и по аналогии с Профсоюзом в адрес национального офиса перечисляется 30%. Армию юристов на эти средства не поднимешь...

«А вот в нашем регионе Профсоюз совсем не работает, поэтому из него и выходят» – заметил кто-то из участников семинара. «К сожалению, люди, выходя из организации, не понимают, что просто отказываются от решения проблемы – они уходят, а проблемы остаются. Профсоюз добровольная организация, основанная на принципах демократического выбора. Если в конкретном ЛПО/регионе Профсоюз не работает – надо не из организации выходить, а сплотившись друг с другом обратиться в вышестоящую Профсоюзную организацию, инициировать перевыборы лидера», подчеркнул Михаил Андрончиков. ЦК Профсоюза из Москвы не может сменить отдельных лидеров на местах, должности выборные, а территориальные организации – независимые. «По представлению членов Профсоюза возможно приостановление полномочий профсоюзного лидера, но выбрать нового человека – и право, и обязанность членов организации».

Эту мысль подхватила и президент РАМС – «В адрес национального офиса хоть и нечасто, но поступают критические замечания к некоторым региональным организациям. Мы и сами можем делать определенные выводы, глядя на отчеты отдельных регионов о работе, точнее, на их отсутствие. Но механизма замещения руководителя «сверху» не существует. Каждая региональная ассоциация в составе РАМС – юридически независимое объединение. Единственное, на что уполномочена РАМС – это исключение региональной организации из своего состава. В этом году мы исключили две организации, в том числе и в надежде, что на местах рядовые члены правильно оценят этот сигнал – сигнал не-

доверия руководителям этих организаций, и сообща примут меры, переизберут тех, кто неумело распоряжается своими полномочиями».

«Как Вы относитесь к тому, что студентам-медикам теперь разрешат работать в сестринских должностях? И все это без соответствующих теоретических знаний, без должной практической подготовки?», спросили участники семинара в продолжение своеобразной пресс-конференции. «Этот вопрос стоит несколько в стороне от нашей Профсоюзной повестки дня. Все-таки уточнение профессиональных компетенций и их разграничение – задача профессиональной ассоциации. Но, мы подумаем, выработаем свою позицию по этому вопросу», ответил Михаил Михайлович.

«А как Вы в принципе относитесь к нехватке кадров? Не пора ли нам вернуться к практике распределения? Если студент учится за государственный счет, то не должен ли он отдать долг Родине, отработав определенное количество лет на выделенном ему участке работ?», продолжали дискуссию участники семинара. «Нет, это не выход, тем более что данное предложение противоречит Конституции и направлено на ограничение Конституционных прав граждан. Статья 43 Конституции РФ устанавливает право граждан на бесплатное образование, в том числе высшее, на конкурсной основе. Статья 37 декларирует свободу труда. Оспаривать конституционное право граждан – значит делать шаг назад на пути демократических преобразований, произошедших в нашей стране», утвердительно заметил Михаил Михайлович.

«В этом мы едины с ЦК Профсоюза», продолжила начатую дискуссию Серебренникова Наталья, переводчик семинара и сотрудник национального офиса РАМС – «Работа медицинской сестрой в государственном ЛПО не самая конкурентная часть рынка труда. Наблюдаете ли вы сегодня длинные очереди в приемные комиссии медицинских училищ, быть может, где-то есть высокий конкурс на студенческое место? Представьте на мгновение, что ваша идея реализована – всем, окончившим медицинское училище бесплатно, предстоит отработать три года там, куда распределят, вне зависимости от условий, оплаты, личных про-

ЛЕЧИТЬ ЛЮДЕЙ НУЖНО СЕРДЦЕМ

В СЕНТЯБРЕ 2012 ГОДА ВАЛЕНТИНА ВЛАДИМИРОВНА ЗАРУБИНА, ЗАСЛУЖЕННЫЙ РАБОТНИК ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ, ОТМЕТИЛА 30-ЮБИЛЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПОЛИКЛИНИКЕ № 150 ГОРОДА МОСКВЫ.



Все, кто знает Валентину Владимировну Зарубину, отмечают у нее два главных качества – профессионализм и желание помочь всем. Про таких людей говорят – они на своем месте...

Стать медиком Валентина Владимировна мечтала с детства. Закончила медицинское училище по специальности фельдшер, позже продолжила свое обучение в медицинском колледже по специальности «Организатор здравоохранения», а высшее образование получила в Ивановской медицинской академии как менеджер по здравоохранению.

За это время прошла путь от фельдшера до главной медицинской сестры поликлиники.

С 1980 по 1982 год вместе с мужем – офицером вооруженных сил находилась в составе войск в Афганистане и служила медицинской сестрой при госпитале. Боевой опыт никогда не проходит бесследно. Работа в исключительных условиях мобилизует, закаляет человека на всю последующую жизнь. Те, кто общался с Валентиной Владимировной лично, знают – если она о чем-то говорит, значит, уверена в этом на все 100%.

Но вернемся к началу. Сразу после демобилизации и возвращении в Москву пришла работать в городскую поликлинику № 150 и была зачислена на должность медицинской сестры онкологического отделения. Вместе с главным врачом – онкологом Э.Т. Байра-

мовым «с нуля» организовывали работу отделения: создали операционный блок, где проводились плановые операции, кабинет химиотерапии.

Валентина Владимировна – человек очень деятельный, энергичный эти качества заметили и предложили ей возглавить работу сестринского корпуса поликлиники.

В 1987 году Зарубина переведена на должность главной медсестры поликлиники № 150.

В ведении Валентины Владимировны находятся разные вопросы – от санитарно-эпидемиологического состояния до обучения медицинского персонала. В ее подчинении находятся 79 медицинских сестер, 78 из которых имеют сертификат специалиста, 39 – высшую категорию, три – первую. Зарубина считает, что повышение своего профессионального уровня – важный момент в любой деятельности, особенно для медицинского сотрудника. Она становится инициатором проведения курсов повышения квалификации, лекций для своих сотрудников. Валентина Зарубина считает, что необходимо подготовить и обучить собственные кадры. Являясь окружным специалистом по сестринскому делу Департамента здравоохранения ЮЗАО, она стала инициатором заключения договора между медицинским колледжем № 5 и поликли-

никой. Многие молодые специалисты после окончания колледжа и прохождения практики приходят на работу в 150-ю поликлинику.

В сентябре 2012 года Валентина Владимировна отмечает свой небольшой, но очень важный профессиональный праздник – 30-летие работы в поликлинике. За свою работу она награждена многими почетными грамотами и дипломами. В 1997 году ей присвоено звание «Заслуженный работник здравоохранения». Но самая главная оценка ее труда – внимание и любовь жителей. В этом году Валентина Владимировна избрана депутатом в Юго-Западном административном округе.

– Валентина Владимировна, какой Вы видите свою работу в качестве депутата?

– Я думаю, что она продолжит мою профессиональную деятельность. Мне близка социальная тематика, вопросы здравоохранения и детства. Особое отношение к нашим ветеранам. Уже стали традиционными встречи представителей ветеранских организаций с сотрудниками поликлиники. Эти встречи, проходящие в формате круглого стола, очень важны и для ветеранов и для медиков. Мы будем продолжать эту работу. Планов у нас много, надеюсь, все они будут осуществлены.



**ГОВОРОВА****Елена Николаевна,**

медицинская сестра врача общей практики МБУЗ «Аннинская ЦРБ»,
Воронежская область.

Окончив Борисоглебское медицинское училище, я приехала в село Рубашевка Аннинского района. Здесь, в должности заведующей фельдшерско-акушерским пунктом началась моя трудовая биография. Об «удобствах» сельского бытия могла только предполагать, но теперь познакомилась на практике. Не могла знать, что в отдаленном от райцентра селе стану и медиком, и спасателем, и утешительницей, и помощницей, и наставницей для тех, кто переступал порог моего кабинета, говоря: «Болит...»

Помочь и понять, успокоить больного, стало смыслом моей жизни и рабочих будней. В жаркий летний день и зимнюю стужу я спешила к малышам и взрослым, идя на вызовы. Отправляла рожениц и учила молодых мам кормить и пеленать детей. Меня заметили – перевели на должность фельдшера Станции скорой медицинской помощи. Там встретила своего наставника в профессии и учителя по жизни доктора Н.В. Санникову. Педантичная, исполнительная «доктор доброта», Нина Васильевна стала для меня и мамой, и подругой. Она научила грамотно оказывать помощь пострадавшим в ДТП, в других чрезвычайных ситуациях, принимать правильные решения.

I место в номинации «Лучший специалист первичного сектора здравоохранения»

Пройдя первые жизненные и профессиональные университеты, с улыбкой вспоминаю, как противилась маминной идее поступить в медицинское училище.

Постоянно совершенствую свои знания, имею три сертификата специалиста, высшую квалификационную категорию по специальности «Лечебное дело» и «Общая практика». Дважды, в 2001 и 2011 годах, побеждала в зональном, а затем в областном конкурсе «Лучший по профессии среди специалистов сестринского дела».

Пополняла багаж знаний, ездила на курсы, готовилась к участию в конкурсах. Рядом со мной неизменный наставник и куратор – главная медицинская сестра районной больницы Татьяна Геннадьевна Карелина.

Совмещать работу в Бродовском офисе врача общей практики, где пациенты получают разноплановую первичную медицинскую помощь, консультации с подготовкой в очередном конкурсе – непросто. Но, поставив цель, добивалась высокого конечного результата. Подолгу работала за компьютером, искала информацию, писала рефераты и ответы на вопросы. Так шел подготовительный процесс. Участие в конкурсах – это тоже обучение. Победы в них и работу, которую веду на своем участке по выявлению онкологии, считаю своим профессиональным достижением, ведь все это помогает сохранить и продлить жизнь. Помогать людям, особенно пожилым, одиноким, которым на селе больше помощи ждать неоткуда, – мое жизненное кредо.

Перспективной формой в системе амбулаторно-поликлинического уровня для реализации задач профилактической направленности на сегодняшний день считаю работу в формате школы здоровья,

где настойчиво и терпеливо, рассказываю о здоровом образе жизни, профилактике урологических и гинекологических заболеваний.

Стремилась к совершенству в своей профессии, получила признание в районе, а затем и в области, что для рядовой медсестры очень почетно. Но администрация больницы предложила мне попробовать свои силы во Всероссийском конкурсе «Медицинская сестра 2011 года». Победу в нем считаю своим профессиональным олимпом. Мне интересно, а точнее, увлекательно быть первой, лидером. Мои победы – это наш общий успех – моих коллег, руководителя МБУЗ «Аннинская ЦРБ» Владимира Семеновича Пегарькова, кабинета управления сестринской деятельностью, региональной ассоциации медицинских сестер. За что огромное всем им спасибо!

Меня очень привлекает работа в условиях модернизации здравоохранения, я человек перемен, за которыми стоит поиск новых методов медицинского обслуживания населения. Сегодня, при наличии созданных условий, работать плохо просто невозможно.

А еще у меня есть мечта побывать на стажировке в Германии и получить высшее образование по своей специальности, ведь если очень хочешь, нет ничего невозможного.





КОМАРОВА
Светлана Александровна,

старшая медицинская сестра
педиатрического отделения
ГБУЗ Архангельской области
«Архангельская городская
поликлиника № 2».

С детства я мечтала стать педагогом или медицинским работником. Толчком стало то, что с подросткового возраста мне пришлось ухаживать за тяжелобольной бабушкой. Полученные знания пригодились – учиться было легко и интересно. А после колледжа судьба распорядилась так, что в 1999 году я начала работать с детьми: сначала участковой медсестрой, а с 2008 года старшей медсестрой в детском отделении поликлиники. Сегодня я уже не представляю себе другую работу. Считаю, что моя профессия самая благодарная, ведь от детей я получаю только положительные эмоции и вижу реальный результат своей деятельности. Самое важное для меня – приносить пользу детям, родителям, коллегам и быть нужной.

Учителей и наставников было много. Начальные знания о медицинской помощи я получила в семье, и мама стала первым преподавателем по уходу. Первые профессиональные знания в меня вложили преподаватели медицинского колледжа. Затем последовала учеба в университете, развился научный интерес.

Есть несколько человек, на которых я равняюсь в профессиональном

II место в номинации «Лучший специалист первичного сектора здравоохранения»

плане. Первая среди них – моя лучшая подруга Ирина Самодова, которая является катализатором для меня во всех начинаниях. Сегодня она уже кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова г. Санкт-Петербург. Отличным примером для меня являются мой научный руководитель – д. м. н., доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социального развития О.А. Цыганова и сокурсница по интернатуре Д.Н. Малкова. Этих людей объединяет аналитический склад ума, организаторские способности, отзывчивость, профессионализм.

Уникальность моей профессии заключается в том, что она многогранна и позволяет реализовать себя не только в медицинском плане, но и в роли педагога, психолога, наставника. Свою основную работу я совмещаю с преподавательской деятельностью в медицинском колледже, имея возможность сочетать теорию и практику.

К участию в профессиональных конкурсах меня подтолкнуло желание поделиться опытом своей работы с коллегами. Сначала я участвовала в конкурсах профессионального мастерства в городе и области, затем приняла участие во Всероссийском конкурсе научных статей и заняла третье место, чем очень горжусь, ведь такая деятельность позволяет посмотреть на свою работу в другом ракурсе, выявить положительные и отрицательные факторы, найти новые пути решения проблем.

Самым главным своим профессиональным достижением считаю окончание с отличием факультета высшего сестринского образования. Практическое достижение – организация и оптимизация работы кабинета здорового ребенка, ставшего для меня делом жизни. У меня есть двое детей, а любимое дело как третий ребёнок, в кото-

рого я вкладываю свою душу, силы, знания. Стараюсь отдать ему все самое лучшее, вложить в него все самое передовое. Развитие кабинета здорового ребенка продолжаю с использованием инновационных методов работы, разработкой педагогических программ. Полученный опыт планирую в дальнейшем представить в диссертационном исследовании.

Но, как известно, без поддержки коллег и руководства невозможна слаженная работа. Особенно ценным для меня является одобрение работы главным врачом поликлиники О.Ю. Лузановой и взаимодействие с участковой службой. В общественном плане немаловажной стала поддержка Ассоциации медицинских работников Архангельской области, по линии которой я участвовала в 2010 году в российско-норвежском проекте «Лидерство и менеджмент в сестринском деле».

Я горжусь, что коллеги отзываются обо мне как о высококвалифицированном специалисте, использующем в своей работе инновационные технологии, и продолжаю стремиться к совершенствованию своей деятельности и деятельности коллектива.

«Я работаю в поликлинике 32 года, и многое изменилось за эти годы. Такую старшую медсестру, как Светлана Александровна, мы ждали давно. Ведь для того, чтобы добиться успеха, нужно обладать не только профессиональными навыками, но и упорством, силой воли, терпением. Она находит подход к коллегам, родителям и, главное, к детям. Уверена, в жизни нужно делать то, что любишь, как Светлана Александровна, которая отдаёт профессии часть своей души, она без устали трудится, всегда энергична и позитивно настроена!» – участковая медсестра Т.В. Честнейшина



**ЧАН****Любовь Анатольевна,**

заведующий фельдшер фельдшерского здравпункта МБУЗ «Медико-санитарная часть "Северсталь"», Вологодская область.

По окончании Череповецкого медицинского училища в 1978 году Любовь Анатольевна поступила на должность фельдшера здравпункта; с 1995 года работает в должности заведующего здравпунктом на базе доменного цеха Череповецкого металлургического комбината ОАО «Северсталь». Сегодня, будучи старшим фельдшером района, Любовь Анатольевна курирует деятельность 10 здравпунктов, расположенных на территории промышленной площадки ОАО «Северсталь». Персонал здравпункта обслуживает работников доменного цеха (в 2011 году – 977 человек).

Здравпункт крупного промышленного предприятия – учреждение совершенно особого плана. Здесь в едином комплексе пациентам оказывают как экстренную, так и профилактическую помощь; ведется амбулаторный прием, предрейсовые осмотры водителей транспортных средств (за год таких осмотров проводится порядка 10 тысяч), диспансерное обслуживание прикрепленного населения, учет заболеваемости и временной трудоспособности. Знать и уметь нужно многое, размеренная и плановая работа может внезапно прерваться срочным вызовом. Металлургический комбинат – территория повышенного риска трав-

III место в номинации «Лучший специалист первичного сектора здравоохранения»

матизма – горячие цеха, тяжелое оборудование, неординарные условия работы, требующие высокой выносливости и концентрации внимания. Повышены и требования к медицинским работникам; здесь нужна полная самоотдача. Здесь ты не только медик, но еще и металлург!

«Получение высшего образования, участие в конкурсах и конференциях, написание творческих работ – всё это способствует самореализации медицинских работников и их профессиональному росту. В нашем лечебном учреждении такая деятельность находит понимание и поддержку со стороны администрации и коллег», – убеждена Любовь Анатольевна.

Многое удается именно благодаря такой поддержке. Так, Любовь Анатольевна смогла добиться высочайших показателей иммунизации рабочих, охвата флюорографическими исследованиями, ввела специальные занятия по профилактике заболеваний опорно-двигательного аппарата. Результаты не заставили себя долго ждать – показатели заболеваемости снизились. День за днем Любовь Анатольевна с особой заботой и вниманием делает все для того, чтобы сохранить здоровье работников, наверное, поэтому здравпункт среди рабочих называют не иначе как «очаг заботы».

Все премудрости своей работы Любовь Анатольевна давно освоила, сегодня она признанный специалист, наставник для молодежи и отличный организатор рабочего процесса. Коллектив не только укомплектован на 100%, но на все 100% и аттестован! «Моей основной задачей, как заведующего здравпунктом, является организация непрерывной работы здравпункта, ведь режим у нас круглосуточный», – говорит Лю-

бовь Анатольевна. Мне интересны разные аспекты работы – это и определенный вызов, и важное условие непрерывного движения вперед и приобретения новых знаний.

Будучи руководителем здравпункта приходится не только планировать его деятельность, оценивать качество его работы, но и обучать персонал, проводить лечебные и профилактические мероприятия, но и участвовать в совещаниях руководителей предприятия, анализировать данные диспансеризации и отражать их в своей работе.

«Сегодня, когда я получила признание со стороны коллег и пациентов, я хочу сказать слова благодарности моим наставникам: З.М. Кондаковой, Т. П. Терентьевой, А.М. Парменовой и непосредственным руководителям: заместителю главного врача Н.В. Огиенко, главной медицинской сестре А.М. Александровой и старшему фельдшеру Т. П. Никитиной. Эти люди помогли и поддерживали меня, научили тому, что в медицине не может быть шаблонов, и к каждому пациенту всегда необходимо находить индивидуальный подход», – говорит Любовь Анатольевна.

Участие во всероссийском конкурсе для меня является итогом многолетнего упорного и кропотливого труда, возможностью поделиться своим опытом и знаниями.



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ



■ **Фролова Ольга Михайловна**, медицинская сестра ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер».

*«Нельзя лечить тело,
не излечив душу».*
Сократ

Тяжело ли человеку настроиться на обследование и лечение, если подозрение касается онкологического заболевания? Как смириться с мыслью, что у тебя подозревают «рак» и лечение будет длительным и довольно тяжелым?

Эти проблемы могут коснуться каждого. Медицина не всесильна, знания о некоторых онкозаболеваниях недостаточны, и поэтому ранее от больных скрывался диагноз. Что может быть страшнее неизвестности, которая стоит перед пациентом в начале и на протяжении заболевания?

Социально-экономический прогресс и огромные достижения медицины в борьбе с тяжелыми инфекциями, детской смертностью и туберкулезом привели к тому, что люди стали жить гораздо дольше. Сегодня человеку больше всего угрожают болезни, чаще всего встречающиеся в пожилом и старческом возрасте, и одной из таких болезней является рак. Проблема рака многогранна, в ее решении принимают участие медики различных специальностей и представители других наук: биологии, генетики, биохимии, фармакологии, социологии, психологии, этнографии и многих других. В настоящее время накоплен большой научный и статистический материал по различным вопросам, касающимся причин возникновения, заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей. За последние десятилетия медицина обогатилась новыми знаниями и опытом в лечении этой болезни.

По данным социологических исследований, подавляющее большинство населения никогда не хотело бы слышать такие слова как «рак» и «онкология» ни по

отношению к своим родным и близким, ни тем более по отношению к себе. Онкология и все, что связано с понятием «рак», для большинства населения по-прежнему окутано «страшными» тайнами. Оказавшись в такой ситуации, человек невольно теряется в потоке поступающей информации, и ряд возникающих у него психологических проблем мы сейчас рассмотрим.

Онкологические пациенты по-разному относятся даже к самой возможности услышать диагноз онколога, к обследованию, подтверждающему или исключающему онкологический диагноз. Почти у всех пациентов развивается депрессивное состояние той или иной степени выраженности. Хочу отметить, что депрессия – это не просто сниженное настроение, а такое состояние человека, при котором само его настроение оказывается больным. Можно сказать определенно, что пациенты молодого возраста (моложе 40 лет) более остро реагируют на заболевание, чем люди старшего и старческого возраста.

Что происходит с заболевшим человеком? Помимо физических страданий вследствие болезни, пациента беспокоит чувство подавленности, обреченности.

Опыт практического наблюдения позволяет выделить следующие этапы, на которых оказывается больной, обратившийся за медицинской помощью.

1. Поликлинический период (продолжается от первых контактов с онкослужбой до стационарного лечения). Это наиболее тяжелый период. У пациента мучаются мироощущение, многие воспринимают диагноз, как приговор. Сужается временная перспектива, теряют смысл активность и целеустремленность. В этот период наблюдаются депрессивные состояния в 50–60% случаев.

2. Период поступления в больницу. Можно отметить незначительное снижение тревожности пациентов. Депрессивные состояния в этот период составляют 40–50%. Больной ощущает некоторую защищенность, доверяясь врачам-специалистам, но на первый план выходит проблема адаптации к стационару. Самыми тяжелыми являются обычно первые 3–7 дней нахождения в стационаре. В это время мы можем наблюдать тревогу пациента по поводу разлуки с домом, необходимости принятия непривычного распорядка дня, встреч с новыми людьми и желание как можно быст-

рее начать лечение. Так же имеют место замкнутость и апатия.

3. Предоперационный период. Уровень тревожности здесь по-прежнему высок (депрессивные состояния, подчас довольно тяжелые, встречаются в 55%). При получении известия о сроке операции, казалось бы, долгожданной, у некоторых больных возникает негативное к ней отношение. В этот момент появляются мысли об отказе от оперативного лечения, о недостаточно реализованных «иных» возможностях терапии. Такого рода переживания нередко усугубляются контактами с другими, уже прооперированными больными, у которых имеются калечащие последствия оперативного лечения. Возникают всякого рода суеверия, уделяется особое внимание сновидениям, приметам и т. п. Возникает страх «задохнуться от наркоза», возможности различных послеоперационных осложнений.

4. Послеоперационный период. Здесь наблюдается некоторое снижение выраженности отрицательных переживаний. Депрессивные состояния наблюдаются в 7% случаев. В этот период пациент часто находится в состоянии вялости, безучастности: «нет даже сил радоваться успешному исходу операции». Может возникнуть тревога по поводу возможных осложнений, инвалидизации, прогноза.

5. Период выписки из стационара. Создается впечатление облегчения: «Наконец-то после всех потрясений я ухожу домой». Но на этом этапе появляется озабоченность, желание скрыть характер своего заболевания от близких, сослуживцев. Пациент тревожится по поводу неполного выздоровления, отсутствия радикальных средств лечения. Многих волнует последующая постановка на учет в онкодиспансере, а также дальнейшее лечение.

6. Период после выписки. Пациент находится дома, общаясь с родными, близкими, но тем не менее в течение года после лечения наблюдается нарушение настроения у 64% пациентов. Появляется ощущение одиночества и непонимания, склонность к морально-философским проблемам, например, «зачем живет человек», «в чем смысл жизни», стремление к самоизоляции. Отношение к развлечениям, прежде любимым, становится негативным. Могут появляться вспышки гнева, озлобленности, алкоголизация и в некоторых случаях суицид.

**Почти у всех
пациентов разви-
вается депрессивное
состояние той или
иной степени
выраженности.**

Медицинская сестра в ходе своей работы призвана не только проводить медицинские манипуляции, но и обучать, информировать, поддерживать пациента и его окружение. Особенностью работы с пациентами, страдающими онкологическими заболеваниями, особенно в злокачественной форме, является необходимость специального психологического подхода. На всех этапах лечения онкологических больных следует помнить, что их психика настроена, гибка и лабильна, а интеллектуальные способности полностью сохранены.

Сестринский процесс должен включать в себя обсуждение с пациентом и его близкими всех возможных проблем, с которыми может столкнуться пациент вследствие своего заболевания, а также оказание помощи в их решении, естественно, в пределах сестринской компетенции.

Медицинская сестра рассказывает больному о подготовке к диагностическим процедурам, о процессе лечения и целесообразности тех или иных процедур и манипуляций, которым он подвергается, о соблюдении рациональной диеты. Важным моментом при работе с пациентами является простота речи. Целесообразно использовать короткие фразы, а также слова, состоящие из двух-трех слогов. В объяснениях медицинских терминов должен использоваться тот язык, который больной понимает. Наблюдая за пациентами, можно оценить их состояние и попытаться помочь преодолеть ту тревогу, которая возникла. Важную роль в положительном настрое играет проведение бесед с пациентами как общих (в пределах палаты), так и личных. В напряжённой работе медсестры всегда можно найти 10–15 минут для разговора с больным. Конечно, индивидуальный подход необходим к каждому. В ходе беседы у пациента появляется возможность задать медицинской сестре интересующие его вопросы о ходе лечения, а также обсудить какие-то бытовые ситуации. В эти моменты уместна и даёт положительный эффект так называемая невербальная психотерапия, которая несёт в себе:

- физический контакт (взять за руку, похлопать по плечу, погладить по голове);
- эмоциональный контакт (понять настроение пациента и принять его);
- интеллектуальный контакт (оценить интеллект пациента и постараться общаться с ним на понятном ему уровне).

Эти формы контакта позволяют немного раскрепостить пациента и дают ему возможность высказать свои проблемы и желания более открыто, поскольку в других ситуациях пациент часто замкнут.

В беседе не нужно забывать о главном – для любого человека нет приятнее мелодии на свете, чем звучание собственного имени. Называя пациента по имени и отчеству, мы располагаем его к себе, вызываем уважение и, как следствие, получаем положительные ответные эмоции.

Важным моментом для большинства пациентов является создание в палате обста-



новки, приближенной к домашней. Для кого-то важно полотенце, вышитое руками заботливой дочери, салфетка на прикроватной тумбочке, фотографии любимых внуков на стене рядом с кроватью. Не стоит противостоять этому, так как эти мелочи подчас придают пациентам уверенность в своих силах, неся в себе частичку дома, в котором было спокойно и не было болезни. Также целесообразно общение пациентов с другими, оптимистично настроенными, прошедшими успешно все этапы лечения. Как правило, такие люди легко идут на контакт и могут поддержать эмоционально соседа по палате.

Не менее важна беседа медсестры с родственниками больного. Одна из самых больших проблем, встающих как перед человеком, попавшим в несчастье, так и перед его семьёй, – это психологическая реабилитация после медицинских мероприятий по спасению его жизни. Сейчас демократические отношения перенесены даже в сферу медицины и диагноз от больного больше не скрывают. Но легче от этого не становится. Хорошо, если врач чисто визуально может определить готовность пациента к принятию сложной информации, а ещё лучше подготовить почву для смягчения психологического удара. Но иногда всю ответственность приходится брать на себя близкому человеку, через которого врач сообщает пациенту о болезни. Основная сложность заключается в том, что близкий человек чаще всего не является специалистом-онкологом и не имеет достаточной информации о течении болезни и её потенциальных последствиях, не всегда связанных с летальным исходом. Ещё одним серьёзным моментом при сообщении диагноза является собственная уверенность в положительном результате лечения. Если данной уверенности нет, изобразить её искусственно очень сложно, следовательно, другому человеку придётся взять на себя эту незавидную роль гонца, приносящего недобрую весть. Важно, чтобы в этот момент обстановка была уютной, но

привычной, место разговора было довольно удалено от балкона или окна и поблизости не было колюще-режущих предметов. Время сообщения нужно выбрать дневное и постараться, чтобы в течение 2–3 часов после разговора больной не находился в одиночестве. На этом этапе очень важен настрой – решающее условие выбора направления дальнейшего лечения и для больного и для его семьи. Настрой должен быть один – на терпение и, конечно же, на успех. Главная задача на этом этапе – поддержание оптимистического настроения, самого по себе являющегося инструментом борьбы с недугом и гарантирующего мобилизацию внутренних резервов больного. Естественно, речь идёт также и об оптимистическом настрое всех членов семьи. Важно это объяснить родным пациента. Но оптимизм должен быть искренним, а это возможно только тогда, когда есть надежда и вера в успех, которая передаётся больному. В противном случае результат может быть негативным, так как психика больного настроена на минорный лад, и веселье вызывает обиду: «я смертельно болен, а им весело». Обида – один из главных психологических симптомов онкологического больного. Обида на себя, свою беспомощность, судьбу, семью, на весь мир. Больной ищет причины своей болезни в окружающем его мире. Поэтому не редкость, что человек становится агрессивным часто по отношению к близким. Нередко родных это выводит из себя. Необходимо объяснить родственникам пациента, что в этом случае нет места обиде. Важно осознать, что больной злится и кричит вовсе не на родных, а от чувства обиды. Ему довольно тяжело, и подсознательно он понимает, что только близкие люди смогут простить ему эту агрессивность. Ещё одной особенностью поведения тяжелобольного является комплекс обузы. Даже невинный намёк или взгляд могут быть восприняты как проявление недоброжелательности, и только терпение и постоянная забота не смогут оставить его равнодушным. Семья в этом

случае играет важную роль, так как любой человек, особенно больной, хочет быть значимым. Идеальным вариантом решения данной проблемы могли бы быть несложные занятия по душе, которыми раньше человек мог бы заниматься только ограниченное время как хобби. Если же таких не имелось, то можно предложить больному какие-то занятия, которые можно оформить как помощь. Это важно ещё и с позиции значимости – человек не бесполезен в своей болезни и может по силам приносить пользу.

Как отмечалось выше, сама болезнь накладывает ощутимый отпечаток на психику больного, что может быть усилено ещё и применением наркотических препаратов. Исстрадавшемуся телу помочь легче, чем исстрадавшемуся сознанию. Даже без применения наркотиков иногда возникают психические сбои, что выражается чаще всего в нарушениях сна или преследуемых во сне кошмарах. Больной может жаловаться на неупорядоченность мыслей и временную потерю ориентации в пространстве и времени в моменты пробуждения. С этой целью в лечебных заведениях широко используются элементы цветотерапии (светлые спокойные тона стен и мебели), мягкое освещение, цветы в коридорах, но также немаловажно использование звукового сопровождения при проведении некоторых диагностических и лечебных процедур. Тихая спокойная музыка поможет пациенту расслабиться перед проведением, например, эндоскопических исследований, или даже иногда помогает справиться с болью небольшой интенсивности. В некоторых случаях уместны элементы арома- и фитотерапии, но и здесь не следует забывать о необходимости индивидуального подхода. Запах хлора – не самый приятный для многих, но сейчас все чаще применяются новые антисептики, обладающие лёгким ароматом или совсем без запаха. Цитрусовые ароматы в зимний период способны несколько улучшить настроение, хвойные способны повысить устойчивость к респираторным заболеваниям. Так же уместно применение арома- и фитотерапии при проведении некоторых физиопроцедур, например ингаляциях. В стрессовых ситуациях можно предложить пациенту использовать запахи на выбор (бергамот, герань, жасмин, сандал) в виде масел. Также можно порекомендовать родственникам в комнате больного использовать аромалампу с маслом чайного дерева или эвкалипта. Но применять ароматерапию необходимо с большой осторожностью, чтобы это не вызвало аллергических реакций и других неприятных ощущений у пациента. Например, если медицинская сестра применяет аромамасло для собственной защиты от запаха, присутствующего в палате, это может нанести непоправимый удар по самооценке пациента, и разубедить его потом будет довольно тяжело.

Список традиционных и нетрадиционных методов лечения онкологических за-

болеваний огромен, и не наша задача анализировать их. Если в отношении других заболеваний (органов сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта) ведущими специалистами проводится активная просветительская работа с широким привлечением средств массовой информации, то в онкологии эта информация распространяется энтузиастами в узком кругу медиков, и, как следствие, образовавшийся информационный вакуум используется неупорядоченными людьми. Газеты и журналы обильно усыпаны объявлениями типа «избавлю от любых недугов». В рекламных рубриках разнообразные нетрадиционные специалисты предлагают быстрое, качественное и гарантированное исцеление от рака. «За содержание рекламных объявлений редакция ответственности не несёт» – это можно прочитать в любой газете и журнале. Однако именно содержание рекламных объявлений и привлекает читателей. Таковы особенности рекламного жанра. И выстраиваются очереди онкологических больных к специалистам нетрадиционной медицины. Подобные «методы лечения» оборачиваются для больных безвозвратной потерей времени и денег, а также прогрессированием опухолевого процесса.

В процессе лечения важным моментом является взаимосвязное влияние на больного и со стороны врача и со стороны семьи.

Нет ни одного простого метода лечения онкозаболеваний, поэтому необходимо объяснить больному, что какова болезнь, таково и лечение. Не нужно успокаивать его, что лечение пройдёт быстро и легко, и всё будет в конце концов хорошо. Этим вы окажете ему медвежью услугу. Лучше, правда, лишь немного прикрытая или чистая ложь.

Возможно, уже наступают времена, когда обучение потенциальных пациентов онкологических учреждений по значимости будет сопоставимо с обучением онкологических больных, где роль медицинской сестры будет, несомненно, высока. Результаты социологических исследований в развитых странах показывают, что население больше всего боится онкологических заболеваний. У людей укоренилось представление о раке, как о фатальной болезни. А между тем прогресс онкологической науки позволяет уже сейчас добиваться выздоровления у значительного числа больных, в то время как 40 лет назад удавалось помочь одному больному из пяти. Сегодня онкологи знают, при каких опухолях можно полностью вылечить больного, при каких значительно увеличить продолжительность и качество жизни. Наступил период осторожного оптимизма с научным и индивидуальным подходом к лечению каждого больного.

Одним из способов лечения злокачественных опухолей является лекарственная терапия. Надо отметить, что психологически пациенты больше настроены на проведение хирургического лечения и лучевой терапии, чем на химиотерапию. Определенный страх у них вызывают побочные явления этого метода лечения. В этой ситуации роль медицинской сестры неоспорима. Доверие больных к медицинским сестрам высоко, т. к. медсестры по долгу службы проводят с ними значительно больше времени, чем врачи. Особенно важными являются беседы пациентов и медсестер в вечернее время. Медицинская сестра обладает возможностью настроить больного на благополучный результат лечения и на преходящий характер побочных эффектов.

К сожалению, в нашей стране нет пока единой программы обучения пациентов.

Попадая на прием к другому специалисту или обращаясь к новой медсестре, пациент может услышать совершенно противоположные рекомендации. Сразу в мыслях больного человека возникает вопрос: «Кому верить?» Очень печально, что нередко пациент выслушивает и критику медиков в адрес своих коллег. Это недопустимое нарушение медицинской этики подрывает как личный авторитет медицинских работников, так и медицины в целом. Но всё же в настоящее время усилиями врачей и медицинских сестер ведётся просветительская работа с пациентами и их родственниками. Может быть, эта работа происходит пока ещё спонтанно, и качество ее напрямую связано с личностью медицинского работника и его профессионализмом.

Работа медицинской сестры, если она проводится на высоком профессиональном уровне, повышает уверенность больного в благополучном исходе болезни, учит пациента жить со своей болезнью более полноценно.

Главная цель современной медицины – благополучие пациента, и восстановление психологического здоровья подчинено этой цели как один из составляющих элементов. В основном, это вопросы организации психопрофилактической работы, разработки программ психокоррекции, создание программ социально-психологической реабилитации онкологических больных после радикального лечения с социально значимыми последствиями. Также важно проводить этическую и специальную психологическую подготовку не только врачей-онкологов, но и специалистов-смежников, и, конечно же, включать в штаты сотрудников онкологических лечебных учреждений медицинских психологов, психотерапевтов, социальных работников, способных осуществлять психологическую и социальную реабилитацию больных.

Задача медицинской сестры – поддерживать оптимистический настрой пациента, необходимый для мобилизации всех ресурсов организма.



ОДНАЖДЫ НОЧЬЮ В ТОРСХАВНЕ

ГЕРМАНИЯ – ФАРЕРСКИЕ ОСТРОВА – РОССИЯ



■ **Штефан Люке,**
редактор, корреспондент, специалист
по уходу, журнал «Die Schwester – Der
Pfleger».

Дорогие читатели, в рамках сотрудничества журнала «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» и немецкого профессионального журнала для медицинских сестер «Die Schwester – Der Pfleger» («Медицинская сестра – специалист по уходу»), его обширная аудитория познакомилась с работой медицинской сестры Ленинградского онкологического диспансера – Марины Грубич, статья которой также была опубликована в «Вестнике» № 2/2012. Сегодня мы хотим представить Вам увлекательный рассказ

редактора немецкого журнала Штефана Люке о его поездке и встрече с вашей коллегой, работающей медицинской сестрой в клинике, расположенной на Фарерских островах.

То, чего хотят добиться медицинские сестры во многих странах мира, здесь – на Фарерских островах – уже давно есть: образование на университетском уровне, работа хорошо оплачивается, профессия медицинской сестры уважаема в обществе. Мы встретились с медицинской сестрой, чтобы узнать подробности.



С наступлением ночи в Торсхавне гаснут огни. Уличные фонари и светящиеся рекламы угасают – оживление дня уступает место мирной тишине ночи. Только расположенная в центре города больница Landssjúkrahúsi ð хорошо освещена. Огромный комплекс в 5 600 кв. м, расположенный в окружении разноцветных деревянных домов, создающих облик «самой маленькой столицы мира», и днем обращает на себя внимание. Landssjúkrahúsi ð – самая большая клиника Фарерских островов, имеющая в своем распоряжении более 180 коек в 29 медицинских отделениях.

Одно из отделений – педиатрическое – рабочее место медицинской сестры Инги Олд. Этим вечером у 32-летней Инги начинается первая из 4 ночных смен.

Фарерские острова

Фарерские острова, или Фареры, – это архипелаг в северной части Атлантического океана. Расположен между Шотландией, Норвегией и Исландией, но принадлежит, как ни странно, Дании, от которой удалён гораздо больше, чем от других стран. Область Фарер является внутренней автономией Королевства, пользующейся почти полными свободами. Архипелаг включает в себя восемнадцать островов, среди которых один – необитаемый. На сегодняшний день на Фарерах насчитывается около ста двадцати населённых пунктов, подавляющее большинство которых представляет собой небольшие деревеньки. Общая площадь архипелага – приблизительно 1500 кв. км. Основные его острова – Стрёймой, Эстурой, Суури, Воар, Сандой, Борой. На самом крупном из них – острове Стрёймое, расположена столица Фарер, город Торсхавн.

Почти 50 000 человек живут на Фарерских островах. Их называют фарерцами, они говорят на фарерском языке и считают себя не датчанами, а самобытной, независимой и самостоятельной нацией.

«Я люблю работать с детьми»

Один из ее пациентов – двенадцатилетний Фризи. Мальчик с рождения страдает от редкого неизлечимого генетического заболевания, которое за пределами Фарерских островов неизвестно. Поэтому оно и было названо «фарерская болезнь». Фризи не может говорить, слышит только с помощью импланта, и, хотя он уже в третий раз за последние несколько месяцев находится в детском отделении, мальчик не потерял стойкости и силы духа: «Фризи – веселый ребенок, – говорит Инга Олд. – Ему нравится, когда люди разговаривают, дурачатся, шутят и проводят с ним время – тогда и он смеется».

Прежде чем Фризи наконец сможет лечь спать и отдохнуть от тяжелого дня, Инга Олд должна выполнить инфузию через центральный венозный катетер. Её коллега – Зигрун Хаммер – помогает им обоим, медицинские сестры очень чутко обращаются с боязливо настроенным мальчиком. Фризи уже знает ночных сестер из своих прошлых пребываний в больнице, ему легче переносить процедуру, видя знакомые лица.

«Я люблю работать с детьми», – говорит Инга Олд. И семь лет спустя первой смены в этой больнице работа для нее остается желанной: «Сопровождать маленьких пациентов и их родителей в тяжелое для них время, строить отношения, помогать переносить боль и страдания – это снова и снова необходимо делать, это никогда не сможет стать для меня рутинной».

Иногда Инга сталкивается с безнадёжными ситуациями, когда ничего большего в больнице сделать невозможно: «Фарерские острова – это маленькая страна, все друг друга знают – здесь очень быстро между медицинской сестрой и пациентом возникают тесные взаимоотношения. Поэтому если ребенок умирает, это всегда ещё и личная потеря».

Работодатели поощряют высокий профессионализм и квалификацию

Инга Олд решила стать медицинской сестрой, когда ей было 18 лет. Главное – при выборе профессии на Фарерах уметь делать еще что-то, что дало бы шанс работать не только дома, но и за границей.

Университетское образование девушка получила на факультете сестринского образования в своем родном городе Торсхавне. Обучение длится 4 года и заканчивается получением степени бакалавра. В год университет открывает набор для 20–22 студентов. Других институтов или





медицинских колледжей на островах нет. Так как находящиеся в распоряжении мест для получения данной профессии недостаточно, многие молодые фарерцы обучаются в Дании или в других странах.

Университет на Фарерских островах предлагает программы дополнительной подготовки для выпускников бакалавриата, – однако их выбор весьма ограничен. Для молодых фарерцев это, в общем-то, не проблема: на островах уже привыкли, что молодые люди уез-

жают за границу, чтобы там учиться или работать. Инга Олд, например, дополнительное обучение на курсах педиатрической сестры проходила на протяжении 11 месяцев в столице Дании Копенгагене.

Работодатели ценят высококачественное образование фа-

рерского медицинского персонала и соответствующим образом оплачивают их труд: средний доход медицинских сестер на островах начинается примерно с 3 300 евро плюс надбавки – это выше, чем в Германии. Здесь, на островах, нет соперничества между врачами и медицинскими сестрами: «Мы знаем, что можем доверять друг другу и всесторонне дополняем друг друга в рабочем процессе – я лично вообще не чувствую никакой иерархии».

Клиника поддерживает стажировки за рубежом

Фарерцы, как уверяет Инга, очень любят свою родину. Поэтому большинство из них, поработав какое-то время за границей, возвращаются снова на острова, чтобы по истечении какого-то периода времени вновь их покинуть: Инга Олд, например, работала на протяжении трех месяцев в гренландском городке Какторк. «Для меня этот опыт оказался полезным и увлекательным, – вспоминает девушка. – В клиниках Гренландии совсем иначе работают, чем у нас, при острой нехватке персонала медицинским сестрам приходится работать во многих отделениях».

Инга уже строит планы на ближайшее будущее: «В этом году я хотела бы поработать несколько недель в Норвегии. Я – любопытный человек и хочу постоянно совершенствоваться».

На улице тем временем снова светло – первая ночная смена Инги закончилась. До ее квартиры в центре города несколько минут пешком. На улицах снова многолюдно. В Торсхавн возвращается жизнь.



FlexiSealTM SIGNALTM
The seal of innovationTM

система для эффективного отведения и герметизации фекальных масс

Трехуровневая защита ConvaTec:

- Защита пациента^{1,2,3}
- Защита персонала^{4,5}
- Защита лечебного учреждения⁴

1. Clinical Evaluation of the Flexi-Seal FMS Fecal Incontinence Management System. White Paper: Highlights of Clinical Study Data. ConvaTec CC: 0198-03-A695. August 2005. 2. Association of Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC). Guide to the Elimination of Clostridium difficile in Healthcare Settings. 3. Maklebust J., Magnan MA. Risk factors associated with having a pressure ulcer: a secondary data analysis. Adv.Wound Care. 1994; 7(6):25-34. 4. O'Brien JA, Lahue BJ, Caro JJ, Davidson DM. The emerging infectious challenge of Clostridium difficile-associated disease in Massachusetts hospitals: clinical and economic consequences. Infect Control HospEpidemiol. 2007;28(11):1219-1227. 5. R.-P.Vonberg, C.Reichardt, M.Behnke, F.Schwab et al. Costs of nosocomial Clostridium difficile-associated diarrhea. Journal of Hospital Infection (2008) 70, 15-20. Available on-line at www.sciencedirect.com

За дополнительной информацией Вы можете обратиться по адресу:

115054 г. Москва, Космодамианская наб., д. 52 стр. 1, 9 этаж; тел. +7 (495) 663-70-30, факс: +7 (495) 748-78-94

Русскоязычный сайт: www.convatec.ru

Всероссийская линия информационной поддержки КонваТек: **8 800 200 80 90** (пн-пт 9.00-17.00)



Болевой синдром у пациентов после холецистэктомии. Снижение уровня боли



■ Попова Евгения Евгеньевна,
старшая медицинская сестра
отделения реанимации и интенсивной
терапии бюджетного учреждения
здравоохранения Омской области
«Областная клиническая больница».

Боль является важнейшим компонентом защитной системы организма, сигналом о повреждении ткани и развитии патологического процесса, постоянно действующим регулятором гомеостатических реакций, включая их высшие поведенческие формы. Это неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани. То есть боль, как правило, нечто большее, чем чистое ощущение, связанное с существующим или возможным органическим

повреждением, поскольку обычно сопровождается эмоциональным переживанием.

Ключевые слова: холецистэктомия, снижение уровня боли.

Выбор темы сестринского исследования был обусловлен тем, что в отделение реанимации и интенсивной терапии за 2010–2011 годы поступило 3 750 пациентов, из них 364 с холецистэктомией, что составляет 9,7% от общего числа пролеченных в реанимации. У всех пациентов, перенесших оперативное вмешательство, остро выражен болевой послеоперационный синдром.

Исследование проводилось на базе двух отделений: отделения реанимации и интенсивной терапии и хирургического отделения Областной клинической больницы.

Задачами исследования были: выявить интенсивность боли у пациентов, снизить болевой синдром, ускорить реабилитацию пациентов. Изучаемой проблемой проводимого сестринского исследования являлось ухудшение качества жизни пациентов после холецистэктомии с выраженной послеоперационной болью.

Была отобрана группа пациентов, размер выборки которой составил 20 человек. Критериями включения являлись пациенты в возрасте от 18 до

60 лет, 9 мужчин и 11 женщин. Критериями исключения послужили: отказ пациентов участвовать в исследовании и неблагоприятный исход болезни. Отобрана контрольная группа, которая не принимала участие в сестринском исследовании.

Для оценки послеоперационной боли были применены листы наблюдения, которые велись в течение первых трех суток, когда боль является наиболее интенсивной, вербальная и цифровая рейтинговые шкалы оценки боли, позволившие «общаться с пациентом на одном языке», т. е. пациент сам оценивал степень своей боли. Самооценка боли пациентом является наиболее ценным инструментом, т. к. во всех случаях необходимо в первую очередь прислушиваться к мнению пациента и доверять его ощущениям.

В ходе исследования были впервые применены дополнительные инструменты – элементы арт-терапии у пациентов на второй и третий день после операции с целью купирования послеоперационной боли, практически исключив при этом лекарственные средства.

Учитывая особенности и условия, в которых находились пациенты, явилось возможным применение трех видов арт-терапии (оригами, музыкотерапия и изотерапия).



Рис. 1. Инструменты исследования

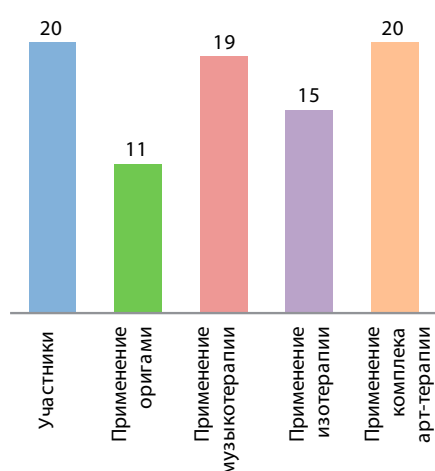


Рис. 2. Применение видов арт-терапии



Рис. 3. Занятия оригами



Рис. 4. Занятие музыкотерапией



Рис. 5. Занятие изотерапией

Были разработаны памятки для пациентов по арт-терапии. Среди современных средств и направлений в арт-терапии все ярче заявляет о себе относительно новое перспективное направление – оригами. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что занятия оригами улучшают качество жизни пациентов, уменьшают уровень тревожности, помогают забыть боль и горе, повышают самооценку, способствуют налаживанию дружеских отношений, помогают установить контакт между медицинским работником и пациентом. Поэтому неслучайным является появление нового термина в арт-терапевтической практике – «образ жизни оригами». Из 20 исследуемых в 11 случаях (что составило 55% от общего числа) была применена эта форма арт-терапии, при этом болевой синдром снизился только у 6 пациентов.

Поэтому с этой же целью была использована музыкотерапия, так как приятные мелодии повышают активность коры головного мозга, улучшают обмен веществ, стимулируют дыхание и кровообращение. Положительные эмоциональные переживания во время звучания приятных слуху музыкальных произведений усиливают внимание, тонизируют центральную нервную систему. Музыкотерапия применялась у 19 пациентов из 20, что составило 95%, но этот вид терапии, примененный в единственном числе, помог лишь 8 пациентам.

И еще один вид арт-терапии, который применялся в ходе исследования, – это изотерапия. Рисуя, пациент давал выход чувствам, желаниям, мечтам, перестраивал свое отношение к боли. Таким образом, рисование выступало как способ постижения своих возможностей и окружающей действи-

тельности, как способ моделирования взаимоотношений и выражения различного рода эмоций, в том числе и отрицательных, негативных. Пятнадцать пациентов (75%) воспользовались изотерапией как способом купирования своей боли. Однако, в таком виде он оказал необходимый положительный эффект только у 5 исследуемых.

Конечной целью исследования было оценить и снизить болевой синдром с помощью вербальной и цифровой рейтинговых шкал у пациентов после полостной холецистэктомии. После проведения сестринского исследования были достигнуты и получены следующие результаты: команда по сестринским исследованиям в своей работе применила вербальные и цифровые рейтинговые шкалы, листы оценки послеоперационной боли, что позволило своевременно и достоверно

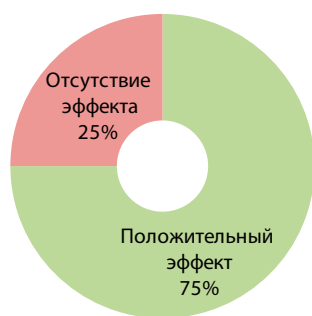


Рис. 6. Применение комплекса арт-терапии

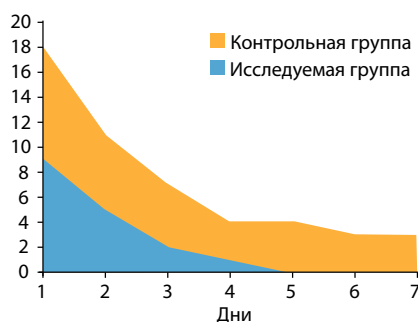


Рис. 7. Достигнутые результаты (уровень боли)

определить степень болевого синдрома, от которого зависела лекарственная терапия. Кроме этого, впервые были применены виды арт-терапии и отмечено, что, применяя один вид терапии у пациентов, боль купировалась не во всех случаях: при использовании музыкотерапии – из 19 в 8 случаях (42%); изотерапии – из 15 в 5 случаях (33,3%); при применении оригами – из 11 у 6 пациентов (55%).

Если же применение терапии осуществлялось комплексно, с участием двух-трех видов, то болевой синдром уменьшался значительно чаще, в 15 случаях из 20, что составило 75% от общего числа, что говорит о возможности применения в клиниках сочетания лекарственных средств и современных средств арт-терапии. И дает возможность пациентам после оперативного вмешательства пройти быструю реабилитацию.

В результате проведенного исследования мы научились с помощью вербальной и цифровой рейтинговых шкал, листов оценки послеоперационной боли, приемов арт-терапии управлять болью, нам удалось снизить болевой синдром и уменьшить уровень боли у пациентов после холецистэктомии, в результате чего сократился койко-день в отделении.

По сравнению с контрольной группой, не принимавшей участие в исследовании, где он составил в среднем 7 койко-дней, в исследуемой группе он сократился до пяти и, соответственно, сократилась стоимость лечения пациентов, что имеет важное экономическое значение для современного стационара. В среднем, экономическая эффективность составила 28% в результате достигнутых успехов.



Обработка рук и кожных покровов

*Дезинфекция и стерилизация
медицинских инструментов*

Мытье и дезинфекция поверхностей

*Оборудование для утилизации
медицинских отходов*

*Оборудование для хранения
и обработки эндоскопов*

ООО «Лизоформ-СПб» 195220, Санкт-Петербург, пр.
Непокоренных, д.16, к.1, лит. Б

Тел. +7 (812) 347-71-15. E-mail: sales@lysoform.ru

Филиал в Москве: ООО «КлиндЕз» 111024, Москва, ул.
Авиамоторная, д.50, к.1, лит. Б

Тел. +7 (495) 741-54-42, 771-25-64. E-mail: klindez@yandex.ru
www.lysoform.ru

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИОТЕРАПИИ

ПАРТНЕРСКАЯ ПРОГРАММА РАМС–ONS (ONCOLOGY NURSING SOCIETY – СООБЩЕСТВА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ МЕДСЕСТЕР)

Одной из ключевых задач Ассоциация медицинских сестер России является повышение профессионализма сестринского персонала, качества сестринской помощи и, как итог, достижение лучшего качества здравоохранения. Преследуя эту цель, Ассоциация учреждает новые партнерства и проекты, к числу которых относится и будущее сотрудничество РАМС с коллегами из Общества онкологических медсестер, США.

Проблемы оказания сестринской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями многочисленны. К числу актуальных задач относится совершенствование сестринского ухода при проведении химиотерапии. Один из наиболее агрессивных методов лечения нередко вызывает побочные эффекты и осложнения у пациентов, части которых можно было бы избежать при грамотной организации помощи. «Не секрет, что сами медицинские сестры недостаточно защищены от воздействия химиотерапевтических препаратов» – так о состоянии дел в современной онкологии в России отзываются многие специалисты.

С тем чтобы поддержать сестринский персонал учреждений онкологической службы, привнести современные знания, научно обоснованные рекомендации, информацию о безопасных технологиях работы с цитостатиками Ассоциацией был разработан проект, получивший одобрение и финан-

совую поддержку Благотворительного фонда Бристоль Майерс Сквибб.

Итак, что же планируется сделать? На подготовительном этапе эксперты РАМС совместно с партнерами из ONS планируют перевести и адаптировать учебные материалы для медицинских сестер, осуществляющих химиотерапию. Надо сказать, что в США, например, к проведению химиотерапии допускаются только специально подготовленные медсестры, знакомые с особенностями воздействия химиотерапевтических препаратов, приемами облегчения побочных эффектов, в том числе основанных на научных данных. Как раз такой курс подготовки и будет адаптирован для условий российского здравоохранения.

На следующем этапе Ассоциация организует два обучающих семинара для медицинских сестер онкологических клиник. В общественной деятельности под эгидой РАМС участвуют 55 региональных организаций, разных по численности. Участие в этом проекте смогут принять 30 региональных отделений – тех, в составе которых есть медицинские сестры учреждений онкологической службы. Предполагается, что команда из двух медицинских сестер от каждого из 30 регионов станет своего рода стартом для проведения углубленной подготовки и внедрения перемен.

Предупреждаем, что «скупать» участникам проекта не придется. Впервые, проект будет осуществляться по каскадному принципу: «Обучился

сам – научи других». Вернувшись с семинара, они будут обязаны провести аналогичные занятия на рабочих местах, распространив знания преимущественно на весь регион. Во-вторых, каждому участнику предстоит разработать и внедрить собственный проект повышения качества медицинской помощи, исходя из полученных новых знаний. И, в-третьих, поскольку в процессе обучения медицинские сестры усовершенствуют свои знания в области сестринских исследований, ожидаемым итогом их работы станет научная оценка новой практики ухода, измерение и анализ достигнутых при проведении химиотерапии результатов лечения пациентов, соотносящихся со сферой ответственности медицинской сестры.

Участие в проекте. Ассоциация медицинских сестер России разработает критерии для определения участников проекта и представит их в адрес региональных ассоциаций. При этом особое внимание будет уделяться опыту работы медицинской сестры, уровню образования, квалификации и, самое важное, мотивации, стремлению внести перемены в свою практическую работу.

Разумеется, что в ходе проекта Ассоциация будет регулярно информировать членов организации о достигнутых результатах. Больше внимание работа сестринского персонала онкологической службы получит и на страницах «Вестника».



КОЛЛЕКТИВ ПАЦИЕНТОВ – СТРАТЕГИЯ АДАПТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ К ЛЕЧЕНИЮ В СТАЦИОНАРЕ



■ **З.И. Ахмедчина, И.Г. Гетинава,
М.Е. Шмыкова, Н.Н. Будкина**

Республиканский госпиталь ветеранов
войн Республики Удмуртия.

Пациенты бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканский госпиталь для ветеранов войн Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» (далее госпиталь) – это граждане пожилого и старческого возраста, которые требуют особого внимания и отношения к себе во всём. Многообразие потребностей пожилого человека, связанных с его здоровьем и болезнями, формирует сложный комплекс необходимых сестринскому персоналу знаний и умений. Особое значение имеют психологические особенности пожилых людей.

Ежегодно в госпитале проходят реабилитацию ветераны, поименованные

в Федеральном законе «О ветеранах» – это участники Великой Отечественной войны, участники трудового фронта, вдовы погибших (умерших) ветеранов войн в возрасте до 100 лет, ветераны боевых действий в возрасте до 50 лет. Средний возраст проходивших лечение в Госпитале составляет 78 лет.

В структуре заболеваний, пролеченных в Госпитале, на первом месте стоят заболевания сердечно-сосудистой системы, что составляет 80% от числа всех патологий.

Эффективность лечебно-восстановительных мероприятий во многом зависит от степени психологической адаптации пациента в условиях стационара. Госпитализация резко изменяет весь уклад жизни старого человека, нарушает годами сложившийся жизненный стереотип и является для

большинства пациентов тяжелой психической травмой, ведущей нередко к серьезным стрессовым реакциям. Пациентам приходится подчинять свои жизненные интересы и поведение новым условиям и распорядку работы учреждения. Необходимо налаживать

новые социальные контакты, а в пожилом возрасте это уже очень трудно. Ко всему этому нужно добавить страх пожилого человека за свое здоровье, усиливающееся чувство одиночества и переживания за все и вся, свойственные старческому возрасту. Большинство ветеранов – а это около 80% – выписываются с улучшением.

От организации всей жизни учреждения, его планировки, обстановки, отношения персонала, организации ухода, лечебных и культурных мероприятий, степени контактов с внешним

**Пожилой
пациент должен
получить максимум
психологической
поддержки, возможность
интересно
провести свой
досуг.**





миром и соседями по палате зависит состояние физического и психического здоровья пожилого человека.

Создание комфорта, спокойной, близкой к домашней обстановки зависит зачастую от медицинской сестры. Врач наблюдает за общим состоянием больного, а медицинская сестра, находящаяся постоянно в отделении, имеет возможность лучше узнать пациента и оказать ему всевозможную помощь по адаптации в новых условиях.

Степень реагирования на переход из домашней обстановки в больничную среду во многом зависит от первых впечатлений пациента от госпитализации. Здесь существенно все – от обращения встречающей больного санитарки и медицинской сестры до разрешения взять с собой личные, домашние вещи (очень важно, чтобы особенно в первые дни взгляд старика мог остановиться на чем-то привычном). Больному следует тактично объяснить необходимость лечения, в первый же

день пребывания в стационаре познакомиться с режимом отделения, расположением основных помещений (палата, столовая, туалет, комната персонала), предоставить возможность носить собственную одежду и пользоваться некоторыми привычными предметами туалета и домашней посудой, что, по опыту нашего госпиталя, помогает в коррекции поведения пациентов с хронической психической спутанностью.

В Госпитале распределяют пациентов по 3–5 человек в палате, палаты светлые, просторные, что вполне оправданно: это и облегчает уход за ними, и способствует их общению, хотя у многих престарелых наблюдается стремление к одиночному расселению.

Всем пациентам предоставлена возможность контактов и участия в различных общегоспитальных мероприятиях (например, праздничных концертах). Ежедневно в стенах Госпиталя встречаешь стариков, увлеченно бесе-

дующих о войне, о молодых годах, о том, «какими они были...». Все это способствует созданию коллектива пациентов, сплавляет людей, быстро и менее болезненно адаптирует их в новых условиях.

Проведению культурного досуга уделяется недостаточно внимания. Хотя общность интересов значительно снижает чувство изоляции. Конечно, стационар в первую очередь призван оказывать медицинскую помощь, но всегда следует помнить, что пациент – это личность, требующая к себе соответствующего отношения. И кроме медицинских услуг, человек, особенно пожилой, обязан получить максимум психологического комфорта и поддержки, а также иметь возможность разнообразно провести свой досуг. Замечательно, если так же, как в нашем Госпитале, в стационаре имеются библиотека, где каждый смог бы найти для себя интересную книгу или журнал, комната отдыха с настольными играми,





возможно физкультурный зал и специалист-инструктор.

К сожалению, большинство наших больниц и стационаров не способны предложить разнообразие форм проведения досуга, нет достаточного количества помещений, бывает, что их не хватает для госпитализации больных. И все же необходимо поддерживать у пожилого человека чувство собственного достоинства, предоставить ему возможность иметь в стационаре часть любимых вещей (книги, фотографии, одежда...).

Такой элемент больничной палаты, как личная тумбочка, с точки зрения психологов, имеет большое значение для пациентов. Это своеобразный атрибут домашней обстановки, который вносит что-то личное в атмосферу больничной палаты и помогает избежать чувства резкой перемены жизни, ощущения утраты самостоятельности. Унифицированная пища, одежда, унифицированное постельное белье по-

рой угнетают пожилых пациентов больше, чем сама болезнь.

Успех адаптации пожилых пациентов во многом зависит от способности медицинских сестёр к эмпатии. Чуткость, душевная теплота, внимание и оптимизм являются благоприятными факторами для понимающего общения. Поведение медицинской сестры должно внушать уважение к ней, создавать уверенность в том, что она всё знает, всё умеет и что ей можно смело доверить своё здоровье.

Уважение личности престарелых людей, заботливое отношение к ним – основные условия работы с ними. А создание вокруг пожилых пациентов позитивной атмосферы может сделать их пребывание в стационаре вполне комфортным.

Редакция благодарит авторов фотографий – участников конкурсов разных лет.

НЕМЕЦКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ

ПАУЛЬ ХАРТМАНН

Наша история началась более 190 лет назад, в 1818 году, когда Людовик фон Хартманн стал владельцем текстильного предприятия в городе Хайденхайм, Германия.

Через 50 лет его старший сын Пауль Хартманн продолжил дело отца и основал собственную компанию ПАУЛЬ ХАРТМАНН. При содействии немецкого профессора Виктора фон Брунса и английского хирурга Жозефа Листера Пауль Хартманн начал производство новых перевязочных материалов: обезжиренной хлопчатобумажной ваты и «листеровской» карболовой марли. С появлением этих продуктов компания ПАУЛЬ ХАРТМАНН совершила прорыв в антисептическом лечении ран и вышла на новый масштабный уровень индустриального производства. Основу ассортимента продуктов медицинского назначения составили

перевязочные материалы и предметы ухода за пациентами в больницах и в амбулаторной практике, для оказания первой помощи и для использования в домашних условиях.

За годы развития ПАУЛЬ ХАРТМАНН AG стала одной из ведущих в мире компаний-производителей в области медицины и гигиены. Во всей Европе и во многих странах мира синий овал Hartmann с полным правом выступает символом качества и надежности – как в медицине, так и в области гигиены.

Сегодня ПАУЛЬ ХАРТМАНН AG имеет огромные производственные мощности в Европе: три завода в Германии, два – во Франции, четыре – в Чехии, по одному – в Австрии, Испании, Швейцарии и Голландии. Все заводы обладают производственным стандартом, что делает нас конкурентоспособными и уверенными в дальнейшем росте.

Компании ПАУЛЬ ХАРТМАНН Россия в этом году исполняется 15 лет. Компания предлагает своим клиентам более 2500 наименований продукции. Вся продукция ПАУЛЬ ХАРТМАНН зарегистрирована Министерством здравоохранения и социального развития РФ и сертифицирована по всем российским нормативным требованиям и стандартам. Вся продукция имеет установленный Европейским союзом знак CE, подтверждающий ее качество и безопасность использования.

Свою миссию в России компания ПАУЛЬ ХАРТМАНН видит в помощи людям и повышении уровня российского здравоохранения до мировых стандартов. Обладая самыми современными познаниями в области лечения ран и ухода за больными, компания ПАУЛЬ ХАРТМАНН выступает не только как производитель соответствующей продукции, но и как

специалист, который передает свой опыт российским медикам. Научно-методический центр (НМЦ) ПАУЛЬ ХАРТМАНН проводит образовательные курсы правильного применения инновационной медицинской продукции по темам: «Инфекционная безопасность и профилактика ВБИ в ЛПУ», «Гигиеническая обработка рук и алгоритм спирто-содержащих антисептиков», «Инновационные технологии в уходе за пациентом», «Поведенческая терапия при недержании мочи».

Комплексный подход к лечению ран. За 10 лет работы НМЦ обучение в центре прошли около 60 тысяч медицинских специалистов, в их числе врачи, медицинские сестры, социальные работники.

При поддержке компании ПАУЛЬ ХАРТМАНН в ЛПУ России работают бесплатные школы правильного ухода за тяжелообольными пациентами (Home Care) для пациентов и их родственников. В более 40 городах России работают консультационные центры по продукции компании ПАУЛЬ ХАРТМАНН для населения.

Более 100 лет немецкая медицинская компания ПАУЛЬ ХАРТМАНН специализируется на разработке и производстве повязок на раны. Мы предлагаем простые и эффективные решения для лечения любых ран, начиная от небольших ссадин и порезов до хронических длительно незаживающих ран. Каждая новая разработка компании в этой области является ступенью к созданию повязки максимально приближенной к идеальной, отвечающей основным требованиям, предъявляемым к современной повязке.

Лечение ран отрицательным давлением – это инновационная методика, которая приводит к ускорению заживления ран и позволяет успешно лечить раны, которые невозможно вылечить другими методами. Данный вид лечения имеет множество показаний и особенно эффективен при лечении острых и хронических ран.

Мазевые повязки относятся к важнейшим атрауматичным перевязочным материалам. Они не приклеиваются к ране, предохраняют ее от быстрого высыхания, способствуют профилактике рубцов.

Специальные повязки – это особый вид повязок для лечения ран во влаж-

ной среде, особенно зарекомендовавших себя при лечении хронических ран с плохой тенденцией к заживлению. Специальные повязки ускоряют очищение раны, способствуют грануляции и эпителизации, являются барьером для вторичной инфекции.

Комбинированные сорбционные повязки. Отличительная особенность сорбционных повязок – это трехмерная всасывающая способность. Повязки абсорбируют раневую экссудат, который равномерно распределяется по сорбционному слою повязки и удерживается в толще повязки.

Пластырные повязки являются идеальным средством для ухода за незначительными повреждениями кожи и послеоперационными ранами.

Фиксирующие пластыри – незаменимое вспомогательное средство во многих областях медицины. У пластырей компании ПАУЛЬ ХАРТМАНН имеются четыре различные основы: текстильная ткань, шелк, нетканый материал и пористая прозрачная пленка.

Традиционные марлевые салфетки не утратили своего значения при современной обработке ран. Они обладают высокой сорбционной способностью, прочны на разрыв, воздухопроницаемы, хорошо моделируются на ране.

Салфетки из нетканого материала являются полноценной альтернативой классической марлевой салфетке для применения в клиниках. Обладают высокой впитывающей способностью.

Уход за пациентом является важнейшей составляющей частью лечебного процесса.

Применение абсорбирующей впитывающей продукции в лечебных учреждениях при уходе за больными, страдающими недержанием, является важным моментом в профилактике пролежней. Недержание может иметь различную этиологию. Молисистема – современные технологии гигиенического ухода за пациентом от немецкой медицинской компании ПАУЛЬ ХАРТМАНН, эксперта мирового уровня в области ухода за тяжелообольными пациентами. В ассортимент входят урологические прокладки для мужчин и женщин «МолиМед», универсальные анатомические прокладки «МолиФорм», подгузники «МолиКар» для взрослых, впитывающие пеленки «МолиНеа». Данная продукция, используемая при уходе за

тяжелообольными пациентами, позволяет экономить время и усилия медицинских работников, улучшает качество жизни пациента и микроклимат в стационаре.

Для ухода за кожей тяжелообольных пациентов, которые находятся в группе риска образования пролежней, разработан уникальная косметическая серия Menalind® professional. Это комплексный профессиональный подход в решении проблемы ухода за кожей, особенно кожи пациентов, страдающих недержанием. Кроме того, специальные средства косметической серии Menalind® professional предназначены для профилактики пролежней у больных, находящихся на длительном постельном режиме. Процесс ухода за кожей включает три этапа: очищение, защиту, увлажнение и питание. В состав профессиональных косметических средств по уходу за кожей Menalind® professional входит питательный защитный комплекс «Нутрискин», состоящий из ненасыщенных жирных кислот, миндального масла, комплекса аминокислот и креатина, а также витамин Е и новый аромат с нейтрализатором запаха. Полный список ингредиентов указан на упаковке каждого средства. Вся продукция ПАУЛЬ ХАРТМАНН дерматологически протестирована и является гипоаллергенной.

Профессиональный уход требует не только применения специальных средств, но и соблюдения санитарно-эпидемиологических норм. Ассортимент Vala® – современная одноразовая продукция для гигиены пациентов и персонала, которая при последовательном применении в лечебных учреждениях способствует эффективной гигиене.

Для профилактики и диагностики артериальной гипертензии и точного измерения температуры в клинике необходимы надежные приборы, позволяющие получать точные результаты, которым врач и пациент могут доверять.

При разработке и создании диагностических приборов «Тенсовал» основной стала идея о наивысшем уровне точности при максимальной простоте использования.

На любые вопросы о компании, продукции и ее применению компании всегда готовы ответить сотрудники бесплатной горячей линии ПАУЛЬ ХАРТМАНН – 8 800 505 12 12.



Хартманн помогает лечить

Профессиональный уход и профилактика пролежней, с применением специализированных средств ухода и современной одноразовой продукции для гигиены пациентов и персонала.

Высококвалифицированные специалисты компании бесплатно обучают и консультируют медицинских и социальных работников, родственников больных в научно-методологических центрах; выдаются методические и учебные пособия, фильмы.

Простые и эффективные решения для лечения любых ран, от ссадин до хронических длительно не заживающих ран.

Компания «Пауль Хартманн» не только производитель качественной продукции, но и специалист, который передаёт свой опыт и знания российским медикам.

Широкая гамма продуктов, позволяющих избежать компромиссов в отношении безопасности во время операции



**Инновационные технологии
ухода за пациентом.**



**Комплексный подход
к лечению ран**



Потребности операционной

**На любые вопросы всегда получите ответ по бесплатной горячей линии
«Пауль Хартманн» - 8 800 505 12 12
www.paulhartmann.ru**

Фильтрующие респираторы серии «АЛИНА»

Учитывая актуальность обеспечения эффективности защиты органов дыхания персонала медицинских учреждений, а также населения в период возникновения инфекционных заболеваний, передающихся воздушно-капельным путем, – ЗАО «Респираторный комплекс» холдинга «Севзаппромэнерго» специально разработало медицинскую серию фильтрующих респираторов: «АЛИНА-106», «АЛИНА-116», «АЛИНА-206», «АЛИНА-216», «АЛИНА-316».

Респираторы зарегистрированы как изделия медицинского назначения (регистрационное удостоверение № ФСР 2010/08771 от 30 августа 2010 года), имеют все необходимые сертификаты, протоколы испытания.

Респираторы для медицинских работников призваны заменить малоэффективные марлевые повязки и маски.

Медицинские маски и повязки выполняют в основном гигиенические функции, а не защитные, так как не могут обеспечить плотное прилегание к лицу (по линии obtyрации), и загрязненный воздух проходит, минуя фильтрующий слой маски.

Респираторы выполнены из импортных фильтрующих материалов с низким сопротивлением дыханию. Уникальная конструкция обеспечивает плотное прилегание, близкое к идеальному, и подходит к любому типу лица, а также для удобства использования респираторы снабжены регулируемыми с помощью «зажима» лентами оголовья.

Респираторы отличаются высокой эффективностью, высокое качество и в 2–3 раза более низкая, по сравнению с аналогичной импортной продукцией, стоимость.

Рекомендуемые сферы применения:

1. Респираторы «АЛИНА-106», «АЛИНА-116» (FFP1D) рекомендованы для повседневного применения персоналом и посетителями лечебных заведений.

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

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

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



РЕСПИРАТОРНЫЙ КОМПЛЕКС **СЕВЗАППРОМЭНЕРГО** www.rkszpe.ru

Респираторы серии АЛИНА® для работников медицины и применения в учреждениях здравоохранения



СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ

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

www.rkszpe.ru
+7 (812) 703 37 33



КАК ЭФФЕКТИВНО ПРОТИВОСТОЯТЬ ТУБЕРКУЛЕЗУ

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ПРОВОДЯТ В 2012 ГОДУ СЕРИЮ ТЕМАТИЧЕСКИХ СЕМИНАРОВ

■ **И.А. Ляпина,**
председатель фтизиатрической секции
СРООМС, главная медицинская сестра
ГБУЗ СО «Тольяттинский
противотуберкулёзный диспансер».

В этом году в Самаре прошли сразу три семинара для медицинских сестер фтизиатрической службы под руководством Ирины Ляпиной, председателя фтизиатрической секции СРООМС. Неудивительно, что начались эти мероприятия в городе Тольятти, где в противотуберкулёзном учреждении работает сама Ирина Ляпина.

Участие в обучающем мастер-классе приняло 90 специалистов сестринского дела ЛПУ области. Во фтизиатрической практике Самарской области подобное мероприятие проводилось впервые. Тема оказалась настолько актуальна, что желающих участвовать в учёбе оказалось в 2 раза больше запланированного.

Организатором мероприятия явилась Самарская региональная общественная организация медицинских сестёр, фтизиатрическая секция СРООМС, а прошло оно на базе ГУЗ «Тольяттинский противотуберкулёзный диспансер». Здесь был создан учебно-методический диагностический кабинет, позволяющий проводить практические занятия такого плана.

Однодневный мастер-класс проходил в два этапа, на первом из которых участники обсудили теоретические вопросы, а на втором работали в секциях:

секция 1: кашлевой кабинет – организация работы кабинета, инфекционная безопасность персонала и пациента;

секция 2: организация работы с биологическим материалом, профилактика профессиональных заражений.

Медицинской сестре отводится особая роль в сфере ТБ-контроля и усиления эффективности работы по ранней диагностике и профилактике туберкулёза.

Очень важно, чтобы медсестры владели полной информацией о туберкулёзе, знали этиологию этого грозного заболевания, эпидемиологию, владели всеми методиками ранней диагностики и профилактики туберкулёза, а также методами противотуберкулёзного контроля.

При хорошей информированности и правильной организации работы мы способны помешать распространению болезни и улучшить качество помощи пострадавшим от туберкулёза.

Открыл мастер-класс руководитель ГБУЗ СО ТПТД Игорь Леонтьевич Цыганков.

Главный врач Тольяттинского противотуберкулёзного диспансера рассказал участникам о сложившейся эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в городском округе Тольятти. После пика заболеваемости в городе в 2009 году, в 2010–2011 гг. отмечается снижение показателей заболеваемости. За период с 2009 по 2011 гг. в противотуберкулёзную службу города было вложено 73,6 млн рублей: на проведение капитального ремонта и противопожарных мероприятий, приобретение

медикаментов для лечения больных ТБ/МЛУ, продуктовых наборов для повышения мотивации лечения больных ТБ, приобретение медицинского оборудования и медицинской мебели, информатизации работы учреждения. Кроме того, была повышена заработная плата персоналу диспансера, что улучшило укомплектованность как сестринскими, так и врачебными кадрами.

В целом, проделанные мероприятия привели к уменьшению инфекционной нагрузки по туберкулёзу на население Тольятти. Объективными показателями этого стало снижение первичного инфицирования туберкулёзом среди детского населения – снижение «виража» туберкулиновой чувствительности.

За период 2010–2011 г. в г. Тольятти открыты два новых стационарных отделения: для лечения больных туберкулёзом лёгких с МЛУ на 25 коек и отделение лечения больных туберкулёзом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией – на 50 коек. Планируется развёртывание палаты интенсивной терапии.

Высокое распространение ВИЧ-инфекции среди населения является важным фактором влияния на эпидемиологию туберкулёза в городе. Больные тяжёлыми, прогрессирующими формами ТБ являются источниками массивного бацилловыделения. Своевременная диагностика туберкулёза и изоляция таких больных существенно снижает инфекционную нагрузку.

Специалисты сестринского дела были ознакомлены с планом санитарно-противоэпидемических мероприятий, требованиями санитарного зако-





нодательства по ранней диагностике, лечению и профилактике туберкулёза.

Н.А. Башарова – участковая медицинская сестра раскрыла значимость работы медицинской сестры кашлевого кабинета.

Для эффективного выявления туберкулёза большое значение имеет этап диагностики. Два эталона, применяемые во фтизиатрической практике, нацелены на то, чтобы поставить правильный диагноз, установить с пациентом доверительные отношения, провести качественное медицинское обследование: осмотр пациента с подозрением на туберкулёз и сбор мокроты для диагностического исследования.



Особую значимость имеет процедура сбора биологического материала на бактериологическое исследование.

Слушателям было представлено медицинское оборудование, позволяющее производить сбор мокроты на микробиологическое исследование с соблюдением мер инфекционной безопасности как медицинского персонала, так и пациента: усовершенствованные кашлевые кабины, оснащённые вытяжкой и бактерицидным облучателем, дополнительно оборудованные ультразвуковым ингалятором, для удобства пациента – лавочкой и специальной полочкой для одноразовых контейнеров для сбора мокроты, для медицинского персонала – универсальными локтевыми дозаторами для кожных антисептиков, электросушителями для рук, удобными контейнерами и транспортировочными тележками для доставки биоматериала в бактериологическую лабораторию.

Согласно СанПиН 2.1.3.2630–10 кашлевой кабинет разделён на три зоны: асептическую, рабочую и хозяйственную, что исключает перекрест чистого и «грязного» потоков.

Особое значение имеет профессиональная безопасность медицинской сестры, работающей в диагностических кабинетах.

Были показаны современные средства защиты: респираторы «Алина», одноразовая спецодежда и обувь, перчатки, а также современные дезинфек-



танты, обладающие антимикробной активностью в отношении микобактерий туберкулёза: лизафин, трилокс-спрей, кожных антисептиков, увлажняющих кремообразных лосьонов.

Для работы с медицинским инструментарием – упаковочный материал и стерилизующее оборудование.

Не остался без внимания и младший медицинский персонал, ведь проведение качественной уборки таких кабинетов является гарантией профилактики профессиональных заражений, профилактики внутрибольничных инфекций. Было продемонстрировано многофункциональное оборудование для уборки лечебных учреждений.

Главная медицинская сестра Тольяттинского диспансера И.А. Ляпина ознакомила участников с нормативной документацией по организации работы кашлевого кабинета, методиками сбора биоматериала, хранением и транспортировкой биоматериала в бактериологическую лабораторию.

Встреча была интересной и познавательной для всех: как для участников, так и для медицинских сестёр диспансера. Проводились дискуссии по организации фтизиатрической помощи больным туберкулёзом.

По окончании мастер-класса каждый слушатель получил диск с нормативными приказами и инструкциями по оказанию противотуберкулёзной помощи населению.

Вслед за Тольятти при поддержке Самарской региональной общественной организации подобные семинары прошли в столице региона – г. Самаре и позже в Сызрани.

Благодаря активной позиции СРО-ОМС в реализации непрерывной системы повышения квалификации, мероприятие было в ней аккредитовано – все участники получили сертификаты с зачетом учебных часов.

БОЛЬНИЦА «МАГНИТ»

С ОТЛИЧНЫМИ КАДРАМИ – К ВЫДАЮЩИМСЯ РЕЗУЛЬТАТАМ ЛЕЧЕНИЯ



■ **Барбара Шир,**
доктор философии, медицинская сестра расширенной практики, Почетный профессор Университета штата Делавэр, независимый консультант, член Американской академии расширенной сестринской практики

Введение

Число больниц, наделенных статусом больницы-магнита, постоянно растет и в США, и во всем мире. Этот высокий статус символизирует совершенство сестринской практики и сестринской помощи. В этой статье мы кратко осветим историю этого явления, восходящую к программе «Магнит» Американского центра аттестации медицинских сестер, содержание этой программы и тот путь, который проходят ЛПУ для получения заветного статуса.

История

В 80-е гг. по медицинским учреждениям США прокатилась волна острой нехватки кадров. Несмотря на то, что явление было национального масштаба, некоторым госпиталям удавалось сохранить кадровый состав медицинских сестер и не испытывать дефицита. Академия сестринских наук провела исследование с целью определить те факторы, от которых одновременно зависели как сохранение сестринских кадров, так и качество сестринской помощи. В итоге были выявлены общие основания сохранения кадров и качества помощи в трех категориях: управлении, профессиональной практике и профессиональном развитии.

Управление в больницах, способных сохранять кадры, отличалось высокой степе-

нью открытостью. Администрация с готовностью шла на контакт с сотрудниками, вследствие чего они владели информацией и ощущали, что их вклад имеет высокую ценность. На всех уровнях управления поддерживалось лидерство, способность рисковать для выполнения поставленных задач. Сестры на руководящих постах имели высшее образование, участвовали в работе профессиональных ассоциаций. Сотрудников уважали, приветствовалось участие в комитетах, в обсуждении вопросов организации труда и кадрового обеспечения.

В успешных госпиталях была реализована Модель профессиональной сестринской практики. Медицинские сестры несли ответственность за свою работу, обладали автономией в принятии решений относительно вопросов сестринского ухода. Всемерно поддерживалось профессиональное развитие – действовали программы наставничества, непрерывного обучения; всячески поощрялось и повышение уровня образования.

Вслед за первым исследованием были проведены и другие, которые в итоге открыли основные силы магнетизма. Сегодня 14 таких сил притяжения служат концептуальной рамкой для осуществления процесса аттестации клиник на присвоение звания Магнит, среди них:

1. Качество лидерства;
2. Организационная структура;
3. Стилль управления;
4. Кадровая политика и программы для работников;
5. Профессиональные модели сестринского ухода;
6. Качество сестринского ухода;
7. Повышение качества;
8. Консультации и ресурсы;
9. Автономия;
10. Общество и медицинская организация;
11. Медсестры в роли преподавателей;
12. Имидж сестринской профессии;
13. Междисциплинарные отношения;
14. Профессиональное развитие.

В 1990 году Американский центр аттестации медсестер (ANCC) разработал механизм для определения тех больниц, кото-

рые демонстрировали профессиональное совершенство и были «магнитами», привлекающими на работу медицинских сестер благодаря созданию оптимальных условий. В 1998 году программа расширилась, в нее были включены учреждения длительного пребывания, а в 2000 году – зарубежные клиники.

Сегодня звание Магнит в мире здравоохранения используется для обозначения уровня клиники и является золотым стандартом сестринской практики. Почти пять тысяч клиник, специализирующихся в 16 областях медицинской помощи, получили этот высокий статус.

Модель «Магнит».

Модель клиники магнита складывалась с течением времени. Модель, которая используется сегодня, отражает производительность труда, подтвержденную результатами лечения. В этой модели пять элементов: трансформационное лидерство, структурные полномочия, образцовая профессиональная практика, новые знания, инновации и совершенствование, и, наконец, эмпирические результаты. Силы магнетизма, характеризующие больницу-магнит, входят в состав этих элементов.

Трансформационное лидерство характеризует качество сестринского руководства и стили управления. Согласно Модели Магнит главная медицинская сестра, работающая на высшем уровне руководства больницей, обеспечивает возможности для сестринского персонала вносить свой вклад в развитие помощи и заниматься доказательной сестринской практикой.

Структурные полномочия включают сразу пять сил магнетизма: организационную структуру, кадровую политику и программы, общество и медицинскую организацию, имидж сестринской профессии и профессиональное развитие. Организационная структура наделяет медицинских сестер полномочиями быть активными участниками в жизни клиники. Каналы коммуникации работают в двух направлениях – от администрации к сотрудникам и, наоборот, от сотрудников к администрации. Медицинские сестры являются членами различ-



Рис. 1 АНСС Модель «Магнит»

ных комитетов, получают поддержку в своем профессиональном развитии.

Образцовая профессиональная практика подразумевает реализацию профессиональной модели сестринского ухода, предоставление консультаций и ресурсов, деятельность медсестер в роли преподавателей, развитие междисциплинарных отношений. Модель профессиональной практики является всеобъемлющей системой работы сестринского персонала. Качество ухода подразумевает этическую практику, безопасность пациента, инфраструктуру качества и его совершенствования. Система оказания помощи гарантирует обеспечение непрерывного, эффективного и ответственного сестринского ухода. В рамках этой системы медицинские сестры сами принимают решения о кадровом обеспечении клиники, ее отделений, сами составляют графики дежурств. Медицинские сестры автономны и работают совместно с другими партнерами в рамках ЛПУ для достижения высоких стандартов лечения пациентов. На всех уровнях работы медицинские сестры анализируют свой труд, проводят его сравнительный анализ и стремятся улучшить.

Новые знания, инновации и совершенствование включают качество ухода, исследования и доказательную практику, а также программы повышения качества. Медицинские сестры проходят обучение по вопросам доказательной практики и исследованиям, и в своей работе нацелены на интеграцию научных данных. Медицинские сестры участвуют в тех исследованиях, которые осуществляются в медицинском учреждении.

Эмпирические результаты отражают качество ухода и являются источником достоверных данных, являющихся результатом работы всех элементов модели, они демонстрируют вовлечение медицинских сестер в функционирование учреждения и достоверно подтверждают улучшение показателей сестринского ухода.

Путь к званию «Магнит»

Путешествие к заветному званию требует времени, труда и работы в команде. В этом процессе помогут различные ресурсы, доступные на сайте Американского центра аттестации медицинских сестер <http://www.nursecredentialing.org/Magnet> и консультанты по вопросам статуса больницы-магнита.

Процесс оценки клиники начинается с подачи соответствующего заявления. Заявление подается за три месяца до подачи ос-

новной документации. Документы госпиталя направляются в адрес команды «магнитных» экспертов, каждый из которых тщательно изучает полученные материалы. После индивидуальной работы с документами эксперты проводят совместное совещание. В случае необходимости в учреждение направляется запрос на дополнительную документацию или пояснения.

На следующем этапе команда экспертов лично посещает медицинское учреждение, чтобы проверить, уточнить и подтвердить данные документов. По завершении визита команда готовит отчет и представляет его в офис программы «Магнит» Американского центра сертификации медсестер. Этим специальным органом и выносится окончательное решение.

Преимущества

Больница магнит это золотой стандарт сестринской помощи и ухода за пациентом. Статус магнита подтверждает качество медицинской помощи, безопасность пациента, отличные результаты сестринского ухода, благоприятную производственную среду, удовлетворение медсестер от работы в больнице. Больница «Магнит» является наиболее привлекательным учреждением для сестринского персонала с точки зрения трудоустройства, соответственно, вопросы сохранения и привлечения кадров в ней решаются иначе.

По определению Американского центра аттестации сестринского персонала преимущества больницы «Магнит» в пяти категориях включают: привлечение и сохранение на рабочих местах специалистов экстра-класса, повышение качества сестринского ухода, безопасность и удовлетворение пациентов, культуру сотрудничества, повышение стандартов сестринской практики, а также развитие бизнеса и финансовый успех.

Итак, в больнице «Магнит» нет текучести кадров, низкие показатели выгорания; здесь за редким исключением не встретишь вакантных сестринских позиций, и сотрудники высоко ценят свою работу. Такие больницы реже прибегают к услугам найма сестер в частных агентствах, что экономит их бюджет, здесь реже фиксируются ЧП среди персонала – порезы, уколы, здесь гораздо ниже показатели заболеваемости сестер заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Высокими являются иные показатели – удовлетворенности пациентов, качества сестринского ухода, выживаемости больных, числа пациентов, у которых за время госпитализации не обнаруживаются пролежни, не происходят падения. Больница «Магнит» успешно внедряет стратегии формирования команды и добивается в этой работе отличных результатов.

Заключение

Программа «Магнит» стала результатом некогда проведенного исследования и возникла еще в 80-е гг. прошлого века. Силы магнетизма с тех пор получили более детальное определение и описание, повлияли и на уточнение формулы больницы-магнита. Число таких больниц постоянно растет не только в США, но и за ее пределами. Изучение сил магнетизма и модели «Магнит» непременно поможет организациям, руководителям и медицинским сестрам идти в будущее безупречной сестринской помощи и выдающихся результатов лечения.

Разнообразные ресурсы по вопросу статуса больницы «Магнит» размещены на сайте Американского центра сертификации медсестер ANCC <http://www.nursecredentialing.org/Magnet.aspx>

НОВЫЙ МОЛОКООТСОС Philips AVENT серии Natural

¹ Lau C. Effects of stress on lactation. *Pediatr Clin North Am* 48:221-234, 2001. ² Указаны данные для объема сцеженного молока за 15 минут сцеживания в сравнении с молокоотсосом Philips AVENT серии Classic. Клиническая оценка эффективности применения молокоотсосов Philips AVENT серии Natural и серии Classic. Авторы: Лукоянова О. А., Боровик Т. Э., Белова И. А., Научный центр здоровья детей РАМН, Москва. ³ По сравнению с моделью SCF 686

Реклама



Вот уже более 25 лет Philips AVENT стремится помочь матерям кормить грудью дольше, потому что грудное молоко необходимо для здоровья и полноценного развития малышей. Однако мы учитываем и то, что некоторым женщинам бывает необходимо сцеживание, чтобы организовать и сохранить грудное вскармливание своих детей.

В таких ситуациях новый молокоотсос Philips AVENT серии Natural станет надежным и эффективным помощником кормящих мам. Он разработан на основе клинических исследований физиологии лактации и учитывает тот факт, что стресс оказывает негативное влияние на лактацию.¹

Уникальная конструкция молокоотсоса Philips AVENT серии Natural позволяет женщине почувствовать комфорт и расслабиться во время сцеживания, естественным образом обеспечивая более легкое выделение молока в большем количестве.

Больше комфорта, больше молока – естественно

Удобная поза при сцеживании

Уникальная конструкция молокоотсоса позволяет матери принимать более удобную позу при сцеживании, без необходимости наклоняться вперед.

Более легкое выделение молока

«Лепестковый» массажер с теплой бархатистой поверхностью имитирует естественное перистальтическое сосание ребенка, стимулируя выделение молока.

Сцеживание без усилий

Благодаря компактной конструкции молокоотсос легко прикладывать и удерживать плотно у груди, делая сцеживание более простым и удобным.

В комплект с молокоотсосом входит физиологическая соска, благодаря которой матери будет проще³ совмещать кормление грудью и из бутылочки.

Все о грудном вскармливании на сайте
www.philips.ru/avent



**Клинически доказано, что использование
молокоотсоса Philips AVENT серии Natural
позволяет сцедить в среднем на 25%
больше молока.²**

**PHILIPS
AVENT**

разумно и просто

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Алтайская региональная общественная организация «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» обратилась в Арбитражный суд Алтайского края с иском к обществу с ограниченной ответственностью «Артель» (владельцу бара «Кама-Сутра») с иском об опровержении порочащих честь, достоинство и деловую репутацию сведений, выразившихся в использовании образа медицинских сестер при проведении акции, посвященной Дню медицинского работника (в июне 2011г.), а именно за распространение пригласительных билетов бара «Кама-Сутра», на которых были изображены девушки в форме медицинских сестер с эротическим уклоном, а на обороте была размещена информация об услугах эротического характера, предоставляемых медсестричками посетителям бара «Кама-Сутра». В ходе рассмотрения дела стороны заключили мировое соглашение, утвержденное определением Арбитражного суда Алтайского края. В соответствии с содержанием мирового соглашения ООО «Артель» взяло на себя обязанность опубликовать опровержение порочащих честь, достоинство и деловую репутацию сведений, выразившихся в использовании образа медицинских сестер при проведении акции, посвященной Дню медицинского работника (в июне 2011г.). Данное опровержение в соответствии с определением Арбитражного суда Алтайского края от 15 июня 2012г. опубликовано на стр.20 данного номера журнала.

ОФИЦИАЛЬНО

За «День защиты титей» барнаульский стрип-бар «Кама-Sutra» оштрафован на 100 тысяч рублей

В управлении Федеральной антимонопольной службы России по Алтайскому краю вынесено постановление о наложении на стрип-бар «Кама-Sutra» (ООО «Артель») административного штрафа за ненадлежащую наружную рекламу. Как уже сообщала пресс-служба Алтайского краевого УФАС России, административное дело в отношении заведения было возбуждено по заявлению жительницы Барнаула, а также по результатам мониторинга, в результате которого специалисты УФАС зафиксировали рекламу с признаками нарушения законодательства. Также во внимание были приняты публикации в СМИ и многочисленные звонки в УФАС от разгневанных граждан. Общественный резонанс вызвали рекламные конструкции с содержанием: «KAMA SUTRA 1-2 июня День защиты т(д)итей». Текст дополняло изображение женщины, туловище которой закрывала надпись «День защиты титей», в которой буква «Т» перечеркнута и исправлена буквой «Д». Для объективного и всестороннего разбирательства специалисты УФАС направили эту рекламу на рассмотрение экспертной комиссии в сфере норм общественной нравственности при администрации г.Барнаула. Экспертную комиссию просили дать ответ на следующие вопросы: «Какова характеристика рассматриваемой рекламы с точки зрения пристойности и морали?», «Возникают ли у потребителей рекламы ассоциации международного праздника – Дня защиты детей – с эротической вечеринкой в стрип-баре «КамаСутра»? Если да, то является ли ассоциируемый образ непристойным и оскорбительным?», «Используется ли слово «дтей» в современном литературном русском языке?», «Используется ли слово «титей» в современном литературном русском языке?», «Содержит ли рассматриваемая реклама нарушения общепринятых норм морали и нравственности?». Как заключила экспертная комиссия, рассматриваемая реклама является антисоциальной и обесценивает все устои и традиции Международного дня защиты детей. Фраза «День защиты т(д)итей» является непристойной и оскорбитель-

ной, нарушающей все общепринятые нормы морали и нравственности. Кроме того, в рекламе используются слова, не содержащиеся в современном русском языке, такие, как «дтей» и «титей». Представленные материалы рекламной конструкции с наружной рекламой стрип-бара «КамаСутра», по мнению комиссии, являются продукцией эротического характера, с элементами обесценивания традиций праздника, призванного напоминать взрослым о необходимости соблюдения прав детей на жизнь, на свободу мнения и религии, на образование, отдых и досуг, на защиту от физического и психологического насилия, на защиту от эксплуатации детского труда как необходимых условий для формирования гуманного и справедливого общества. Негативное восприятие рекламы было подтверждено и результатами голосования на официальном сайте управления www.altk.fas.gov.ru. Так, на вопрос: «Является ли, по Вашему мнению, наружная реклама стрип-бара «Кама-Sutra» ненадлежащей?» 67% от проголосовавших (275 человек) ответили утвердительно, еще 9% (35 человек) указали, что образ девушки в рекламе не является непристойным, но в надписи нарушены нормы современного русского литературного языка. Всего в опросе приняли участие 408 человек. Таким образом, специалисты антимонопольного органа пришли к выводу, что употребление словосочетания «1-2 июня День защиты т(д)итей» является неуместным, непристойным, оскорбляющим женщин и родительские чувства граждан. Сравнение образов ребенка (дитя) и женской груди в данном контексте, а также сравнение Международного детского праздника – 1 июня (День защиты детей), ассоциация с которым возникает в момент прочтения рекламы, с эротической вечеринкой в стрип-баре «КамаСутра» является непристойным и оскорбительным, что нарушает ч.6 ст.5 Федерального закона «О рекламе». Кроме того, использование в рекламе слов «дтей» и «титей» было признано нарушением ч.11 ст.5 Федерального закона «О рекламе». В соответствии со ст.14.3 КоАП РФ ООО «Артель» было оштрафовано на 100 тысяч рублей. По материалам <http://altk.fas.gov.ru/news/5277>

ОПРОВЕРЖЕНИЕ

ООО «Артель» в лице руководителя бара «Кама-Сутра» Нижельского Станислава Евгеньевича приносит свои извинения медицинским работникам за использование образа медицинской сестры в проведении акции, посвященной Дню медицинского работника (июнь 2011 года), и за распространение пригласительных билетов в связи с проводимой акцией.



ОНИ НЕ ТОЛЬКО ОСТАВЛЯЮТ ОЩУЩЕНИЕ ВТОРОЙ КОЖИ, НО И ИМЕЮТ СОБСТВЕННУЮ ИММУННУЮ СИСТЕМУ

УНИЧТОЖАЮТ >99% СУРРОГАТА
ВИРУСА ГЕПАТИТА С

УНИЧТОЖАЮТ 99%
ШТАММА ВИЧ-1 MN

УНИЧТОЖАЮТ >99,7% ОТ ЧИСЛА
8 РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПАТОГЕННЫХ БАКТЕРИЙ

МЕДИЛИС®-ДЕЗ

ДВУХКОМПОНЕНТНОЕ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕЕ СРЕДСТВО



Средство "МЕДИЛИС-ДЕЗ" предназначено для:

Профилактической и текущей дезинфекции
Генеральных уборок в ЛПУ и других учреждениях (включая дошкольные учреждения, учреждения питания и т.п.)

Дезинфекции оборудования, инструментов, спецодежды, воздуха парикмахерских, массажных и косметических салонов, салонов красоты, прачечных, клубов, и других коммунальных объектов.

Дезинфекции, изделий медицинского назначения (хирургические, стоматологические инструменты, эндоскопы и т.п.), в том числе совмещенной с предстерилизационной очисткой.

Дезинфекции санитарного транспорта и транспорта для перевозки пищевых продуктов

Дезинфекции воздуха способом распыления на различных объектах

Профилактической дезинфекции систем вентиляции и кондиционирования воздуха

Дезинфекции высокого уровня эндоскопов

Обеззараживания содержимого биотуалетов

Обеззараживания (дезинвазии) почвы и предметов от гельминтов

Дезинфекции стоматологических оттисков

Борьбы с плесенью

Дезинфекции медицинских отходов

Использования в дезковриках

Состав: комбинация ЧАСов, триамин и др. компоненты.

Срок годности: 5 лет, раб.раствора - 28 суток

Безопасность: 4 класс малоопасных соединений

Дополнительные свойства:

Отличные моющие и дезодорирующие свойства

Не портит поверхности и инструменты

Сохраняет свои свойства при замораживании и оттаивании



Лаборатория
МЕДИЛИС

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

КОНЦЕНТРАТ (ЧАС+ТРИАМИН)