

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 5/9 2012



Всероссийский форум медицинских сестер – профессиональное сообщество требует «перезагрузки» реформ в отрасли



стр. 16

Построение карьеры – стратегия развития кадров и создания будущих лидеров в «больнице-магнит»



стр. 20

С чистого листа – медицинские сестры федерального центра работают над внедрением корпоративного стандарта



стр. 38

Лесные пожары – патронажная мобильная бригада работает на опережение ситуации

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



■ **В ходе Всероссийского форума медицинских сестер, состоявшегося в Санкт-Петербурге 11–13 октября, медицинские сестры убедительно продемонстрировали, что бразды управления в отрасли должны быть переданы профессионалам и представителям практического здравоохранения.**

Дорогие коллеги и читатели «Вестника»!

Близится к завершению важный и ответственный для Ассоциации год, год 20-летнего юбилея. Мы смогли отметить юбилей Всероссийским форумом медицинских сестер, ставшим точкой отсчета для реализации новых планов и инициатив ассоциации. Конечно, участниками форума стали немногие, 800 специалистов в масштабах нашей страны и миллионной армии сестринского персонала цифра далеко не предельная. Но благодаря онлайн трансляции, доступности всех материалов форума, проведенных по его итогам конференций на местах, реальная аудитория мероприятия была многократно увеличена.

На страницах этого выпуска «Вестника» мы, конечно же, знакомим Вас с основными требованиями участников форума. Профессионалы своего дела настаивают на признании роли общественных организаций, на совместной выработке мер государственной политики в поддержку сестринской профессии и их последовательной совместной реализации. Лучшие специалисты отрасли сегодня объединены под эгидой РАМС, здесь обсуждаются и проходят апробацию наиболее перспективные проекты по развитию сестринской помощи, совершенствованию системы подготовки и повышения квалификации, инновационному управлению.

В ходе форума, подготовка которого велась в течение нескольких месяцев, а значительная доля ответственности была возложена на региональные ассоциации и специализированные секции РАМС, медицинские сестры убедительно продемонстрировали, что бразды управления в отрасли должны быть переданы профессионалам и

представителям практического здравоохранения. Именно такие профессионалы понимают, что допуск студентов медицинских вузов к работе в сестринских должностях не решит проблемы нехватки квалифицированных кадров и в первичном здравоохранении, и в уникальных по сложности и технологическому содержанию отделениях современных федеральных и региональных клиник. Именно специалисты практического здравоохранения понимают, что необходимость внедрения накопительной системы повышения квалификации назрела настолько давно, что медлить далее с ее внедрением невозможно. Именно такие профессионалы понимают, что введение должности фельдшера-водителя не сулит ничего хорошего, что при такой постановке вопроса можно будет забыть о качестве оказания помощи, а учитывая состояние автопарка и российских дорог, главной заботой фельдшера станет не пациент, а состояние транспорта, прохождение техосмотров и текущий ремонт.

Оценив масштабы общественной работы профессиональных сестринских ассоциаций, Министерство здравоохранения обратилось в адрес РАМС с предложением представить идеи относительно определения должностей специалистов сестринского дела, для работы в которых необходимо получение высшего образования и квалификации бакалавра. Надо сказать, что такие предложения от лица Ассоциации медицинских сестер России уже сформулированы и направлены в адрес Минздрава; при этом Ассоциация пошла немного дальше и представила идеи относительно не только бакалавров, но и магистров. Свой вклад в обсуждение внесли руко-

ководители многих региональных ассоциаций, организовав соответствующие дискуссии на местах. Следующий шаг будет состоять в том, чтобы более высокому уровню образования специалистов, занятых в предложенных должностях, соответствовал и более высокий уровень оплаты труда, отражающий его сложность, интенсивность и результативность – ведь все мы нацелены на то, что бакалавры будут работать более эффективно.

Наука и доказательная сестринская практика составили одну из центральных тем Всероссийского форума. В рамках специализированной исследовательской секции РАМС были сформулированы требования поддержки научной работы сестринского персонала. Исследования – дело добровольное; по мнению многих руководителей отрасли, преград к научной работе сестер не существует. Тем не менее в отсутствие традиций, в отсутствие прочных связей между сферами практического здравоохранения и образования, реализовать исследовательские задачи не так-то просто. Не секрет, что работа врача на часть ставки, его занятость на лекциях в университете, его работа над исследованием не удивит руководство клиники, не вызовет волны возмущения. Но можем ли мы сегодня представить старшую или главную сестру (а именно среди этой категории специалистов большинство тех, кто получил высшее образование), безболезненно реализующих собственные исследовательские проекты? Да, но только в свободное от основной работы время. Как ни прискорбно, но во многих вопросах и аспектах работы медицинские сестры находятся в положении Золушки, и для достижения





На обложке: Всероссийский форум медицинских сестер – вручение знака «За верность профессии».

СОДЕРЖАНИЕ

НОВОСТИ РЕГИОНОВ

Россия–Франция: обмен опытом внедрения новых технологий в работе операционной сестры стр. 4

Пациентам нужна поддержка: в Архангельской области прошла неделя психического здоровья стр. 27

НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ

Всероссийский форум медицинских сестер: профессиональное сообщество требует «перезагрузки» реформ в отрасли стр. 5

СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Критическая оценка научных исследований стр. 12

Снижение уровня эмоциональных расстройств у пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии стр. 13

ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА

Скажем «нет» волнению и тревоге. Профессиональный уход за пациентом на гемодиализе стр. 24

Лесные пожары: патронажная мобильная бригада работает на опережение ситуации стр. 38

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Построение карьеры: стратегия развития кадров и создания лидеров в больнице «Магнит» стр. 16

ГЕРОИ НАШЕГО ВРЕМЕНИ

За спасение погибавших стр. 19

ВОПРОСЫ ЭТИКИ

Копоративный стандарт. Опыт внедрения новых управленческих технологий стр. 20

ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Учению свет: ответственность организаций за нарушение режима повышения квалификации стр. 40

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 10.12.2012. Отпечатано в типографии ООО «Береста». 196084, Россия, Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1739. 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 сестёр России

ООО «Милосердие»

Издательство «Медпресса»

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор – Валентина Саркисова

Ответственный редактор – Наталья Серебренникова

Отдел рекламы – Ольга Комиссарова

Дизайн – Любовь Грабарь

Верстка – Игорь Быков, Ольга Гаврилова

Корректор – Марина Водолазова

АДРЕС РЕДАКЦИИ

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

своих планов должны преодолеть тысячу всевозможных препятствий.

Чтобы изменить это положение вещей, мы должны воспитывать лидеров. Нашей профессии лидеры нужны как ни одной другой. Мы всегда должны будем прикладывать в десятки раз больше усилий, чтобы убедить руководство в перспективности и рациональности своих предложений. Нам не раз еще предстоит столкнуться с недоверием, с тем, что наши интересы будут рассматривать в последнюю очередь. Поэтому нам нужны лидеры, поэтому нашей профессии нужна сильная общественная организация, готовая выступить единым и сильным голосом в защиту медицинских сестер и поддержку рациональной и целенаправленной политики развития сестринского дела.

Надо сказать, что вслед за прошедшим форумом в адрес Ассоциации поступил запрос Минздрава России относительно опыта и наилучших практик работы профессиональных ассоциаций за рубежом и в нашей стране. Мы с воодушевлением восприняли возможность представить свои предложения относительно того, какой вклад способны внести общественные организации в достижение целей развития здравоохранения. В масштабном обращении РАМС были приведены примеры практической деятельности профессиональных ассоциаций Канады и Швеции, конкретные примеры и достижения Российской ассоциации и ее региональных отделений, уникальный опыт и вклад ассоциаций в развитие отечественного здравоохранения.

В своем обращении в адрес Минздрава мы не могли не отметить, что те вопросы развития сестринских кадров и сестринской практики, которые не финансируются и не осуществляются в рамках программы модернизации здравоохранения, встречают поддержку профессиональных ассоциаций. Так, при осуществлении информатизации здравоохранения – ассоциации проводят конференции и семинары о роли информатики в сестринском деле и роли медицинских сестер в применении информационных технологий; ставится задача борьбы с хроническими

недугами – ассоциации поднимают вопросы развития сестринского дела в первичном здравоохранении, проводят конкурсы на лучшую школу пациента, на лучшие материалы для больных хроническими недугами и их близких; ведется работа по развитию высокотехнологичных видов помощи, строятся и открываются ультрасовременные клиники, однако только ассоциации обеспокоены тем, что в некоторых регионах для работы в таких клиниках просто нет достаточно квалифицированных кадров, что подготовка сестер стоит на чрезвычайно низком уровне, а руководителям сестринских служб открывающихся клиник негде набирать персонал – и здесь ассоциация приходит на помощь, проводит обучающие мастер-классы и семинары, снабжает специалистов профессиональной методической литературой, организует программы обмена опытом.

Разноплановая, масштабная, ценная и уникальная работа профессиональных сестринских ассоциаций находит отражение на страницах «Вестника». Лидеры ассоциаций на местах ведут работу по внедрению Этического кодекса медицинской сестры России, создают кодексы профессионализма собственных клиник; в ответ на чрезвычайные ситуации участвуют в организации мобильных патронажных бригад; реализуют исследовательские проекты, оказывая организационную и методическую поддержку медицинским сестрам, имеющим стремление к научно обоснованной сестринской практике. Ассоциации занимаются всем и сразу – здесь сообща вырабатываются идеи и реализуются программы в помощь медицинским сестрам психиатрических клиник и отделений анестезиологии и реаниматологии, оперблоков и учреждений противотуберкулезной службы. Без внимания и поддержки не остается ни одна из инициатив, а все они вместе взятые служат укреплению фундамента практического здравоохранения нашей страны.

Деятельность Ассоциации медицинских сестер России встречает поддержку со стороны Международного Совета медсестер, целого ряда других международных, региональных и национальных сестринских организа-

ций. По итогам участия во Всероссийском форуме со словами поддержки и признания в адрес РАМС обратился и директор Департамента систем здравоохранения Европейского регионального офиса ВОЗ г-н Ханс Клюге. Хочется верить, что вслед за признанными и авторитетными специалистами и экспертами с мировыми именами, работа профессиональных сестринских ассоциаций встретит и соответствующую поддержку внутри страны.

Уважаемые коллеги! Надеюсь, что многие из вас стали активными участниками мероприятий РАМС в 2012 году и в наступающем 2013 году армия сторонников профессиональной сестринской ассоциации будет только расти. Это исключительно важно для того, чтобы все планы Ассоциации были реализованы в должном объеме, чтобы работа, проводимая РАМС, вызвала достаточный резонанс и в коридорах власти, и на местах. Медицинские сестры всего мира вносят огромный вклад в решение самых сложных задач, стоящих перед человечеством. В подтверждение этому решением Международного Совета медсестер девиз Дня медицинской сестры в 2013 году звучит следующим образом – «Преодоление разрыва: достижение целей развития тысячелетия».

Пользуясь этой возможностью, позвольте мне выразить глубокую благодарность руководителям региональных ассоциаций в составе РАМС, лидерам специализированных секций, рядовым членам ассоциаций, руководителям, экспертам и преподавателям сестринского дела, которые в течение не только 2012 года, но на протяжении всей 20-летней истории Ассоциации верили в идею общественного движения, поддерживали его и работали вместе с нами!

Пусть Новый 2013 год всем нам принесет долгожданные и заслуженные плоды в виде государственной поддержки и признания труда специалистов сестринского дела! Крепкого вам здоровья, счастья и благополучия в Новом году!

**С искренним
и глубоким уважением,
Валентина Саркисова**

РОССИЯ—ФРАНЦИЯ

ОБМЕН ОПЫТОМ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ ОПЕРАЦИОННОЙ СЕСТРЫ

■ **И.Т. Балабанова**, старшая медсестра учебно-методического отдела ФГБУ им. Р.Р. Вредена, председатель правления Ассоциации операционных сестер Санкт-Петербурга.

1 ноября 2012 года в ФГБУ «НИИАГ им. Д.О. Отта» состоялся VI Международный конгресс «Оперативная гинекология – новые технологии».

На конгрессе работала сестринская секция, где присутствовали главные, старшие и операционные сестры городских стационаров и учреждений здравоохранения федерального подчинения. Присутствовали здесь и общественные лидеры – председатель правления Ассоциации операционных сестер Санкт-Петербурга И.Т. Балабанова, президент Ассоциации медицинских сестер Санкт-Петербурга Г.М. Подопригора, сотрудник кафедры сестринского дела С.Н. Аристидова.

Очень теплое приветственное слово прозвучало от академика, директора Института акушерства и гинекологии профессора Э.К. Айламазяна.

В рамках насыщенной программы мероприятия врач Р.Г. Бочоришвили

рассказал об организации работы операционных сестер во Франции (Клермон-Ферран). Для наших коллег во Франции, равно как и для нас, актуальна задача постоянного обновления знаний – техническое оснащение операционных залов должно находиться в руках грамотных специалистов, умеющих работать на современном высокоточном оборудовании, способных ухаживать за аппаратурой и инструментарием, сохраняя их в отличном состоянии.

Были приведены очень полезные и показательные данные по обработке, регистрации и оформлению документации операционных блоков. Рассказывалось об организации стерилизационных подразделений в госпиталях Франции. Нарушения в работе таких подразделений влекут серьезную юридическую ответственность.

Восхищение участников конференции вызвали видеосюжеты о работе операционных и эндоскопических отделений, обработке эндоскопического оборудования. Нас порадовало, что за рубежом операционные сестры пользуются уважением, доброжелательным отношением, а хирурги считают операционных сестер равноправными членами своей команды, специалистами и профессионалами.

Полезным стал и практический опыт специалистов из Франции, касающийся процедуры аспирации, технологии и средств для промывания ран.

Хорошее впечатление произвело выступление старшей операционной сестры Института им. Д.О. Отта Н.В. Козловской, подготовленное совместно с представителем медицинской компании о роли выбора шовных материалов в профилактике инфекций операционного поля. Представитель компании-производителя эндоскопического оборудования И.С. Тархов рассказал об особенностях ухода за эндоскопическим оборудованием. Слайды со снимками оборудования, выведенного из строя вследствие неправильного обращения, говорили сами за себя.

Конференция еще раз показала, что необходимо развивать работу эндоскопических сестер, совершенствовать их подготовку, проводить регулярные конференции по обмену опытом и мастер-классы. Участие эндоскопических сестер имеет принципиальное значение и в вопросах борьбы с ВБИ, разработке стандартов безопасности в эндоскопической операционной – защита персонала и пациента от инфекций, операционного дыма (при работе с газовой стерилизацией) и других неблагоприятных факторов.



Участники конференции



Председатель правления Ассоциации операционных сестер Санкт-Петербурга И.Т. Балабанова, президент Ассоциации медицинских сестер Санкт-Петербурга Г.М. Подопригора, сотрудник кафедры сестринского дела С.Н. Аристидова.



ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СООБЩЕСТВО ТРЕБУЕТ «ПЕРЕЗАГРУЗКИ» РЕФОРМ В ОТРАСЛИ

Грандиозное торжество, радость от встречи с единомышленниками, исключительная организация, серьезная дискуссия, взаимопонимание и поддержка, новые знания, интересные знакомства, ценный опыт – такими эмоциями, впечатлениями, оценками делились участники Всероссийского форума медицинских сестер по его завершении.

Что стало самым главным для лидеров профессионального сообщества, так это актуальная повестка дня форума, открытое обсуждение всех, в том числе «неудобных», вопросов, готовность медицинских сестер заявить о своей позиции, выразить несогласие с текущей политикой и положением дел. Не менее значимым стало и то, что благодаря форуму был сделан очередной шаг к формированию специализированных секций, к объединению профессионалов вокруг важных для них вопросов, к формулировке тех предложений по развитию своей специальности, которые более никем не могли бы быть предложены.

Юбилейный форум, приуроченный к двадцатилетию Ассоциации медицинских сестер России, по определению не мог не стать праздником, не подарить его участникам ярких, теплых, положительных эмоций.

Мероприятие открылось торжественным парадом региональных ассоциаций в национальных костюмах. Особый смысл церемонии открытия форума придали лауреаты Всероссийского конкурса «Медицинская сестра года». Поздравляя их в рамках исторического форума, Ассоциация стремилась доказать, что такой конкурс необходим нашей стране, что признание таланта и самоотдачи специалистов в отрасли давно не хватает, и награждение лучших – сильнейший стимул для молодых и начинающих специалистов. Теперь, стоит надеяться, профессиональный конкурс «Медицинская сестра года» сменит свой статус и из общественного проекта превратится в государственный. По крайней мере, именно такую дорогу ему всеми силами прокладывает Ассоциация.

РАБОТА НА ПЕРСПЕКТИВУ

Уже в день открытия мероприятия, до того как стартовала его официальная программа, участникам была предоставлена возможность посетить интересные мастер-классы и семинары, познакомиться с новыми медицинскими технологиями и расходными материалами на выставке, организованной параллельно с форумом.

«Мы стараемся расширять рамки сотрудничества с медицинскими компаниями», – отметила в кулуарах форума исполнительный директор РАМС Ольга Комиссарова. – «С каждым днем все больше новинок, благодаря использованию которых труд медицинской сестры становится легче, повышается его безопасность и для пациента, и для персонала».

Один из организованных мастер-классов был посвящен актуальному вопросу сестринских научных исследований – зал был полон, мест для всех желающих не хватало. На этом своеобразном семинаре американские специалисты – Мария Дрийвер и Джанет Ларсон – делились опытом проведения научных исследований в клинической практике и в академической сфере. «В США научная работа сестер, работающих в клиниках, поощряется. Например, если больница хочет получить статус “Магнита”, то одним из критериев аккредитации является научная работа медицинских сестер, которая носит все более массовый характер», – отметила в своем выступлении Мария Дрийвер.

Было чем поделиться и нашим российским сестрам. Ольга Бучко, исполнительный директор ОПСА, рассказала о стремительно реализованном проек-

те, в результате которого 19 медицинских сестер Омска провели первые клинические исследования. Книга с их результатами стала приятным подарком для всех участников заседания; она поможет распространить опыт научной работы повсеместно.

ДЕФИЦИТ ПОДДЕРЖКИ

Деловая программа пленарных совещаний форума была насыщена обсуждением острых и злободневных вопросов. Тон состоявшейся дискуссии в своем докладе «Миссия Ассоциации в развитии сестринского дела» задала президент РАМС Валентина Саркисова. Кратко остановившись на самых ярких страницах истории Ассоциации, которые были написаны профессиональным сообществом в тесном партнерстве с Министерством здравоохранения, она рассказала о тех достижениях, которыми по праву гордятся медицинские сестры России. «Некогда мы первыми разработали и приняли Этический кодекс медицинской сестры России (врачебное сообщество только приступило к обсуждению аналогичной инициативы), некогда мы добились права на высшее образование, а затем отстаивали его, – отметила президент РАМС. – Ассоциация не раз являлась инициатором реформ и проводником перемен и не единожды была поддержана Министерством здравоохранения, благодаря чему была реализована первая программа развития сестринского дела». За два десятилетия реформ профессия медицинской сестры серьезно преобразилась, в ней появилось немало лидеров.

Сегодня поддержка полезных инициатив в дефиците, особенно на федеральном уровне. «Готовясь к Всероссийскому форуму, мы не могли не оглянуться на несколько последних лет и общественной работы, и государственной политики в сестринском деле, мы

не могли не посмотреть, что из запланированного, из актуального для профессии было выполнено? Выводы нас не порадовали – последняя программа развития сестринского дела, не только одобренная профессиональным сообществом, но и официально утвержденная на Третьем Всероссийском съезде в Екатеринбурге, так и не была взята на вооружение Министерством здравоохранения, – продолжила президент РАМС. – Профессиональному сообществу эта поддержка жизненно необходима – системные решения без нее невозможны, а именно такие решения нужны отрасли, если мы действительно намерены бороться с нехваткой сестринских кадров, если мы хотим, чтобы профессия медицинской сестры была престижной, если мы на стороне безопасности, качества, эффективности медицинской помощи».

Нехватку поддержки профессионалы отрасли ощущают и в защите социально-экономических интересов, на чем внимание участников форума акцентировал заместитель председателя ЦК профсоюза работников здравоохранения Щербаков Геннадий Алексеевич. Серьезной доработки требуют федеральные нормативно-правовые акты, регламентирующие принципы оплаты труда различных квалификационных групп медицинских работников; решения долгие годы ждут вопросы страхования профессиональных рисков и профессиональной ответственности медиков. «Именно среди медицинских сестер фиксируется наивысший уровень профессиональной заболеваемости, по уровню вредности медицина

опережает химическую промышленность, – отметил Геннадий Алексеевич. Лидер профсоюза призвал участников Форума и к активной позиции на местах. – Надо знать уже действующие законы, надо знать и учиться отстаивать свои права – ведь большая часть злободневных трудовых споров регулируется сегодня на местном уровне».

Вопросов и местного, и регионального, и национального масштаба накопилось у медицинских сестер немало. Подтверждением тому стали выступления участников форума у открытого микрофона – были изложены достоверные данные о кадровой ситуации, уровне подготовки молодых специалистов, о ресурсном обеспечении. Говорили о том, как необходимы профессиональные стандарты, о том, что юридическую силу должны носить и алгоритмы выполнения простых медицинских вмешательств; говорили об оплате труда, недостаточной ее дифференциации, о том, что главные сестры за небольшим исключением не тарифицируются как руководители, старшие сестры скорее теряют в оплате, принимая на себя повышенную ответственность, – в результате чего кадровый кризис охватывает самые ответственные участки работы медицинских сестер.

Вопросы, призывы, пожелания были услышаны. В своем ответном слове





Ирина Александровна Купеева, заместитель директора Департамента образования и кадровых ресурсов Минздрава России отметила, что вектор работы ведомства меняется, формируются основы для тесного сотрудничества и диалога с общественными организациями. Минздрав готов обсуждать конкретные инициативы, в том числе и профессиональные стандарты. «Значительная работа по ним уже была проведена, документы прошли рецензирование в двух научно-исследовательских институтах, получили качественную оценку. Теперь требуется законодательная работа, чтобы внедрение стандартов шло в рамках правового поля. В течение ближайших двух лет такая работа будет выполнена», – заверила Ирина Купеева.

МИРОВОЙ ОПЫТ

Спикеры на центральной трибуне форума стремительно сменяли друг друга, освещая как перспективные, так и проблемные, острые грани политики здравоохранения.

Достоинством ответом на призывы участников форума стало выступление доктора Ганса Клюге, директора Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья и специального представителя Регио-

нального директора по вопросам профилактики и борьбы с М/ШЛУ-ТБ в Европейском регионе ВОЗ. «В системе здравоохранения будущего акцент будет сделан на развитие партнерских отношений с пациентом, на вовлечение в процесс ухода и вос-

становления здоровья близких и друзей пациента. В решении этой задачи большая роль принадлежит именно сестринскому и акушерскому персоналу, – подчеркнул доктор Клюге. – Еще в 1988 году ВОЗ приняла Венскую декларацию, в тексте которой говорилось о большом вкладе сестер в достижение здоровья для всех. Позже, в 2000 году, министрами здравоохранения Европейского региона был подписан новый документ – Мюнхенская декларация, отражающая способы реализации потенциала сестринских и акушерских служб». Здесь были зафиксированы задачи предоставления сестринскому и акушерскому персоналу доступа к политике здравоохранения, к управлению сестринским и акушерским делом. К сожалению, как констатировал д-р Клюге, 10 лет спустя немногие страны достигли значимого прогресса в исполнении этого документа. Между тем, **эффективность систем здравоохранения будет во многом определяться тем, в какой мере страны Европейского региона смогут поддержать, укрепить и реализовать потенциал сестринских и акушерских кадров.**

Признание профессии медицинской сестры ни в одной стране не дается легко. Везде требуются годы работы, усилий, результатов исследований,

примеров передовой практики, в продолжение программы форума говорил исполнительный директор Международного Совета медсестер Дэвид Бен-тон. Главное, чтобы на этом пути медицинские сестры, четко определив повестку дня, выступали в ее поддержку единым голосом, таким, чтобы он был слышен в коридорах власти.

Менеджер программы «Кадровые ресурсы здравоохранения Европейского регионального офиса ВОЗ» Галина Перфильева подробно остановилась на вопросе композиции сестринских кадров и анализе объема несвойственных, непрофессиональных и неквалифицированных функций, выполнением которых вне всякой логики занимаются квалифицированные работники различных европейских стран. Приведенные в ее докладе данные свидетельствовали – над рациональным использованием потенциала сестринских кадров работать предстоит еще долго.

ТРЕБОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ

В рамках форума нашлось время и для обсуждения специализированных направлений сестринской практики – работы операционных сестер, первичного звена, фельдшеров и акушерок, работы руководителей. Всего 13 специальных сессий, организованных в параллельном режиме, могли посетить участники форума. Многие потом критиковали организаторов – «хотелось быть везде и сразу», «просим в следующий раз проводить весь форум в формате пленарного заседания, чтобы ничего не упустить»... Заключительный день форума, когда состоялись отчеты руководителей секционных заседаний, помог восполнить эту потребность – были озвучены основные требования специализированных служб.





Исключить должность фельдшер-водитель из квалификационного перечня должностей, совершенствовать первичную и непрерывную подготовку сестер-анестезистов, решить вопрос с квалифи-

кационной категорией таких работников при переходе из отделения интенсивной терапии, включить «Сестринское дело» в номенклатуру научных специальностей ВАК, поддерживать научные инициативы сестер, развивать связи между практическим здравоохранением и образованием, предоставить сестрам первичного звена больше полномочий, расширить сферу их ответственности – вот далеко не полный перечень требований участников секций.

Все озвученные предложения прошли тщательную экспертную оценку и были зафиксированы в резолюции форума. Принципиальное место здесь за-

няли требования определения правового и профессионального статуса медицинской сестры, создания концептуальной модели сестринского дела, выполнения Программы развития сестринского дела на период до 2020 года, социально-экономической защиты, совершенствования подготовки сестринских кадров.

Планов по завершению форума сформировано множество – дело за главным, за их воплощением в жизнь, для чего Ассоциации медицинских сестер России исключительно необходима поддержка на всех рабочих местах. Только так мы сможем добиться настоящей «перезагрузки» реформ.

НАМ ОТКРЫТЫ НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ

УЧАСТНИКИ ВСЕРОССИЙСКОГО ФОРУМА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПОЛНЫ ЯРКИХ ВПЕЧАТЛЕНИЙ И НОВЫХ ИДЕЙ



Тимофеева Елена Викторовна,
старшая медицинская сестра
1-го наркологического отделения
БУЗ Омской области
«Наркологический диспансер»,
ключевой член ОПСА

*Медицинские сестры России, гости
форума, его вдохновители
Приложили немало усилий,
чтобы мы перспективу увидели.
Очень много проблем, еще больше идей!
Каждый делится опытом, знаниями.
Очень важно, собрав столько разных людей,
Дать им суть – перспектив осознание...*

Под стук собственных сердец делали первые шаги по Питерской земле делегаты форума из многочисленных регионов и стран, а также от Омской профессиональной сестринской ассоциации, в числе которых посчастливилось оказаться и мне – старшей медицинской сестре на-

ркологического диспансера. С первых минут пребывания здесь меня охватили особые ощущения причастности к предстоящему событию. И несомненно, тот факт, что форум проходил именно в Санкт-Петербурге, где на протяжении более трех столетий назад был сделан исторический поворот к современной истории Российского государства, давал надежды на то, что мы откроем для себя новые горизонты профессии, внесем особый вклад в развитие сестринского дела.

Первый день работы форума начался со специальных семинаров, мастер-классов, выставок, но особую торжественность внесла церемония открытия форума. Заполненный до отказа конгресс-зал, сотни лиц незнакомых, но близких по духу людей – более 800 медицинских сестер, фельдшеров и акушеров, гости из 11 стран СНГ, зарубежные эксперты из Великобритании, США, Дании, Швеции, Ирландии, Исландии, Финляндии, Бельгии, Швейцарии, Турции и Израиля, а также руководители международных организаций, включая Всемирную организацию здравоохранения, Международный совет медицинских сестер, Международную федерацию операционных медицинских сестер, Всемирный форум по стерилизации предметов медицинского назначения, Шведскую ассоциацию работников



здравоохранения, фанфары, барабанная дробь... Здесь было невозможно не ощутить, что все мы – единое сообщество специалистов.

Многообразие красок и костюмов парада региональных ассоциаций поразили не только иностранных гостей, но и заставили задуматься, как же все-таки многонациональна наша профессия. Да, именно профессия, ведь каждый из нас со своими культурными, историческими и национальными особенностями вносит частичку себя в профессию и составляет общую палитру сестринского дела в России, что нашло отражение и в эмблеме мероприятия.

Торжественностью был наполнен момент церемонии награждения победителей Всероссийского конкурса «Медицинская сестра года», где все мы испытали гордость за своих коллег из разных уголков страны, в том числе представителей Омской профессиональной ассоциации – Дружиной Елены Викторов-

ны и Поповой Евгении Евгеньевны. Неожиданным, но очень значимым для меня событием в этот день стало награждение Почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации. Хочется поблагодарить лидеров нашего общественного движения за то, что мой личный вклад в здравоохранение был замечен Омской ассоциацией, что Ассоциация медицинских сестер России выступила с данной инициативой на уровне Минздрава, в результате чего труд десятков медицинских сестер был отмечен столь почетными наградами. Уверена, что каждый из награжденных в этот торжественный момент ощущал, что это не только личная заслуга, а заслуга тех коллективов и команд, частью которых нам посчастливи-

лось стать. В моем случае речь идет именно о сплоченной команде единомышленников, работающей под руководством главного врача Титова Сергея Сергеевича и главной медицинской сестры Дорошенко Марины Юрьевны, дающих нам потенциал для роста, развития и самосовершенствования. Церемония награждения завершилась праздничным концертом, а участники форума еще долго не расходились, общались, делились впечатлениями, фотографировались.

День пленарных заседаний был насыщен докладами и выступлениями на актуальные темы, где были затронуты вопросы профессиональной подготовки сестринских кадров, внедрения принципа непрерывного обучения, а также распространения опыта научно-исследовательской работы, роли общественных организаций, СМИ, информационных технологий в развитии и совершенствовании сестринской профессии. В докладах и прениях участники форума открыто заявляли о проблемах отрасли – это и кадровый дефицит, и низкая заработная плата, и порой неудовлетворительные условия труда и быта, отсутствие нормативно-правовой базы и многие другие насущные вопросы. Особенно ценным для нас стал обмен опытом борьбы с несовершенствами сегодняшней системы. Уверена, что опыт российских и зарубежных коллег вдохновил многих на преодоление трудностей, на повышение результативности труда медицинских сестер. В обсуждении самых сложных вопросов на пленарных и секционных заседаниях форума свою лепту мог внести каждый.

Третий – заключительный день Всероссийского форума позволил подвести итоги нашей работы и определить перспективы и направления развития сестринского дела, отраженные в резолюции, и, главное, запечатленные в наших сердцах, которые и понесут эту искру на места в регионы. Здесь также прозвучало немало интересных выступлений, проливающих свет на самые разные вопросы сестринской практики – от лидерства и управления, новых ролей и вызовов, до безопасности персонала и пациента, – значимых не только для руководителей, но для каждой медицинской сестры, для каждого специалиста, ежедневно выполняющего те или иные манипуляции,

принимающего управленческие решения, проводящего обучение персонала или выступающего с какими-то инициативами на своем рабочем месте.

Три рабочих дня форума стремительно подходили к концу, но и в завершение столь грандиозного события в запасе у Ассоциации медицинских сестер России остались значимые для общества ее активных участников призы и признания. В ходе торжественной церемонии закрытия форума прошло награждение Почетным знаком РАМС «За верность профессии», которого из числа омских делегатов была удостоена Коржова Людмила Васильевна, главная медицинская сестра КУЗОО «КПТД № 4». Признание затронуло и руководителей секционных заседаний, в числе которых по заслугам были награждены вице-президент, исполнительный директор Омской ассоциации Ольга Александровна Бучко, которая отвечала за подготовку секционного заседания по сестринским исследованиям, а также методист БОУОО ЦПК РЗ Ольга Владимировна Кулябина, внесшая большой вклад в проведение секционного заседания по вопросам профессионального образования. Горячими аплодисментами мы встретили награждение Омской ассоциации и ее президента – Татьяны Александровны Зориной – за вклад в развитие российского общественного движения медицинских сестер. На Омской земле ей удалось сплотить тысячи медицинских сестер, создать особую атмосферу, дать нам возможность развиваться и реализовывать свои планы, быть компетентными специалистами, при этом сохраняя свою индивидуальность. Торжественная церемония завершилась концертом, но это не точка – это многоточие.

Мы возвращаемся в Омск переполненные эмоциями, надеждами и планами на будущее – будущее, которое напрямую зависит от нас – медицинских сестер, ибо только мы можем и должны внести свой посильный вклад в развитие профессии и решение проблем сестринского дела. И тогда станут реальностью наши мечты о самостоятельной и уважаемой профессии медицинской сестры, которая в партнерстве с врачами займет достойное место в системе здравоохранения, и такой тандем внесет бесценный вклад в здоровье нации.

**Посвящается
20-летнему юбилею
Ассоциации медицинских
сестер России**

Мы – люди гуманной профессии,
Известной с древнейших времен.
Избрали свой путь, и в процессе
Был каждый из нас окрылен.
Мы вместе – и это главное,
И каждый из нас это знает:
Российская ассоциация
20 лет медицинских сестер
защищает.

Нас в трудные годы сплотила
И новые знания дала,
И опыт наш объединила,
И к новым вершинам вела.
Ассоциация – наша гордость!
Ассоциация – наша сила!
Ассоциация – наша защита
В заботах о медсестрах России.
Время очень быстро пролетело,
Но мы ни о чем не жалеем!
«Спасибо!» – говорим за ваше дело,
И конечно же, с юбилеем!
И ценнее станет юбилей,
Если каждый свой вклад внесет.
Больше сделанных дел,
Больше светлых идей –
И мы вместе пойдем вперед!
И в день юбилейный желаем
Здоровья, добра, оптимизма!
Мы вас от души поздравляем –
Успехов и счастья в жизни!

*Тимофеева
Елена Викторовна,
2012 г.*

Медицинские сестры отделений анестезиологии и реаниматологии обсудили актуальные задачи развития специальности



■ **О.П. Комиссарова**

Исполнительный директор РАМС

В рамках Всероссийского форума медицинских сестер состоялись секционные заседания по различным специальностям. Насущные вопросы практики и образования, новые подходы к организации сестринской помощи, вопросы обеспечения безопасности пациента и медицинского персонала обсудили и медицинские сестры отделений анестезиологии и реаниматологии. В организации заседания активное участие приняли руководители и члены секции РАМС по специальности «Сестринское дело в анестезиологии и реаниматологии», ставящие перед собой задачи повышения профессионализма сестер-анестезистов, формирования безопасной больничной среды в отделениях данного профиля, внедрения системы

непрерывного повышения квалификации, повышения имиджа профессии, уровня образования специалистов.

Теоретические размышления и субъективные оценки не в правилах сестер-анестезистов. Поэтому в преддверии форума руководители секции РАМС – Анна Архипова и Ольга Тюпакова из Ленинградской областной клинической больницы – провели анкетирование своих коллег. На призыв принять участие в опросе откликнулось 300 специалистов. Почти половина респондентов (27 и 21%) отметили, что наилучший возраст для работы в отделении анестезиологии и реаниматологии 25–30 лет и 30–35 лет соответственно. С возрастом приходит ценный опыт, однако работать в интенсивном ритме и справляться с большими эмоциональными и физическими нагрузками становится сложнее. И уже здесь мы сталкиваемся с достаточно острой проблемой – к 35 годам сестра-анестезист уже специалист с большой буквы, зачастую с высшей квалификационной категорией. Если по каким-либо обстоятельствам в этом или более позднем возрасте такой специалист переходит на работу в отделение другого профиля – категория пропадает, но ведь знания и уникальные

навыки ухода за пациентом никуда не испаряются, такой медицинской сестре, безусловно, рады в любом госпитальном отделении. Вероятно, администрации учреждений это на руку, и экономия средств на оплату труда таких сотрудников. Против несправедливости обязательно должна выступить профессиональная Ассоциация – участники заседания проголосовали за то, чтобы этот вопрос был отражен в Резолюции Всероссийского форума.

Подготовка сестер-анестезистов – это еще одна «больная» тема. 25% опрошенных признались, что на момент окончания медицинского училища их знания были на троечку, 41% – считали себя хорошистами; большинство указали не только на необходимость специализации, но и на то, что она должна быть более качественной. Лидеры секции с этим согласны, они убеждены, что нужно совершенствовать подготовку сестер не только на циклах специализации, но и в период прохождения повышения квалификации. Знания должны обновляться и пополняться непрерывно.

Профессор Санкт-Петербургской военно-медицинской академии, д. м. н. Анатолий Ильич Левшанков отметил, что

ОСОБОЕ МНЕНИЕ



■ **И.З. Китиашвили**

Доктор медицинских наук, профессор, кафедра анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия», отделение анестезиологии и реанимации НУЗ медико-санитарной части г. Астрахань

Перед всем медицинским сообществом нашей страны стоит задача по повышению качества оказания медицинской помощи. Что можно сделать в этом направлении, как повысить престиж профессии:

- внедрять в свою работу самые передовые технологии;
- оставаться высокими профессионалами;
- быть милосердными;
- бороться и менять законодательство, работающее не в пользу пациентов и медицинских работников;
- снизить нагрузку, при высокой кадровой нехватке.

Я был рад, что меня пригласили на сестринский форум, прошедший в Санкт-Петербурге.

Сказать, что форум был организован великолепно – не сказать ничего. Все было продумано, все было со смыслом!

• Участники форума – в национальных костюмах.

• Награждение победителей конкурса «Медицинская сестра года», награждение тех, кто десятилетия работает в здравоохранении и кого не сломить трудностями, знаком «За верность профессии» – на таких специалистов стоит равняться.

• Награждение лучших Ассоциаций регионов – они работают на местах с тысячами сестер, мотивируя на профессиональное развитие и предоставляя соответствующие возможности.

• Знакомство участников форума с зарубежными организациями и видными экспертами – для любой организации это про-

актуальность высокого профессионализма медсестер с каждым годом возрастает:

- анестезиология и реаниматология – наукоемкая дисциплина;
- анестезиолого-реанимационная помощь – специализированный вид помощи, чем быстрее она оказывается, тем меньшая летальность;
- от качества работы медсестры-анестезиста зависит здоровье и жизнь пациентов;
- качество сестринской деятельности во многом зависит от правильного использования современных технических средств и технологий;
- с появлением более совершенных технических средств и технологий, тяжелых критических состояний расширяется необходимый для медсестер объем знаний, навыков и умений.

Если мы хотим вести речь о развитии сестринской практики, о проведении научных исследований и внедрении научно обоснованных вмешательств, то сестры-анестезисты стоят одними из первых в ряду специалистов, для которых стартовым образованием должна стать степень бакалавра. Перспективность исследовательской работы сестер подтвердила докладчица из Омской областной клинической больницы. Евгения Попова совместно со своими коллегами реализовала проект по внедрению арт-терапии для борьбы с болью у прооперированных больных – пациентов ОРИТ. Результаты исследования продемонстрировали, что терапия с помощью музыки, занятий ри-

сованием, оригами, отвлекает пациентов от боли, меняет порог чувствительности. В итоге снижается медикаментозная нагрузка, восстановление пациентов протекает быстрее, сокращаются сроки пребывания в ОРИТ, а это уже выгодно для учреждения, для здравоохранения в целом.

Новые возможности совершенствования медицинской помощи должны браться на вооружение незамедлительно. Большая роль в этом принадлежит профессиональным сестринским ассоциациям. Важно не только пропагандировать новое, но и обучать. Именно таким опытом с участниками заседания поделилась Светлана Мамедова, главная медицинская сестра Забайкальского краевого онкологического диспансера. В учреждении внедрена установка имплантируемых порт-систем, являющихся отличной альтернативой при проведении длительной химиотерапии. Пациенты, получающие химиотерапевтическое лечение, нередко госпитализируются в другие учреждения, следовательно, медицинские сестры должны быть обучены уходу и использованию порт-систем. Мастер-класс Светланы Прокопьевны стал прекрасным примером обучения, которое легко провести на любом рабочем месте.

К вопросу повышения квалификации должны относиться серьезно как сами медицинские работники, так и преподаватели учреждений образования. В своем докладе Ираклий Зурабович Китиашвили, заведующий кафедрой анестезиологии и

реаниматологии Астраханской медицинской академии показал, насколько быстро меняется техническое оснащение отделений наркозно-дыхательной аппаратурой. От медицинской сестры зависит не только правильный уход за аппаратом, но и правильная интерпретация показателей для поддержания витальных функций пациента. Новый виток технологического развития – информатизация здравоохранения – поставит перед сестринскими службами отделений анестезиологии и реаниматологии новую задачу совершенствования знаний.

Обсуждая кадровый дефицит в отделениях анестезиологии и реаниматологии, участники заседания вносили предложения о выполнении Приказа № 315н, рекомендующего новое штатное расписание для отделений такого профиля, о внедрении принципа целенаправленной интернатуры по специальности. Высказывались участники о слабом техническом оснащении районных и сельских ЛПУ, о необходимости привлечения в такие учреждения квалифицированных специалистов путем специальных государственных программ. Очевидным для участников заседания стал девиз форума: «Будущее профессии создадим вместе – медицинским сестрам отделений анестезиологии и реаниматологии нужны сильные лидеры, готовые четко формулировать и отстаивать интересы этой профессиональной группы».

блематично, но не для медицинских сестер России.

- Представительства компаний проводили мастер-классы. Здесь же, в холле великолепной гостиницы, они предлагали свои наработки для безопасного труда медицинских работников и качественного обслуживания пациентов.
- Откровенные высказывания у «открытого микрофона» без опасений смутить МЗ РФ – это достижение наших медицинских сестер, фельдшеров, акушеров.

Но главное было продемонстрировано в работе профессиональных секций – профессиональными достижениями делились не только медицинские сестры, но и врачи. И это не случайно, так как работу без медицинской сестры представить невозможно ни на одном направлении на-

шей деятельности. Реформирование здравоохранения еще раз показывает, что процесс модернизации не может проходить без грамотных врачей и медицинских сестер – одинаково стоящих на страже охраны здоровья пациента.

Было важно обсудить накопившиеся проблемы, выработать дальнейшую стратегию развития, сделать это так, чтобы накопленный опыт был услышан и роль медицинской сестры России не замалчивалась.

Мне показалось, что на этом форуме должно быть широкое представительство не только международного сообщества, но и МЗ РФ, но, как сказали, не вовремя заболел главный внештатный специалист сестринского дела МЗ РФ – по профессии врач, преподаватель, директор института сестринского дела в г. Самаре.

Только нашу Астраханскую медицинскую академию окончили более 100 человек из числа специалистов сестринского персонала, среди них есть кандидаты медицинских наук – неужели таким специалистам в стране нельзя доверить руководство сестринским делом. Мы чего-то боимся, за что-то опасаемся? Стыдно слышать правду, но ее все-таки надо знать. Многочисленными научными исследованиями доказано, что сестры-руководители могут прекрасно руководить отделениями сестринского ухода, реабилитации и др. Медицинские сестры в уходе за пациентами применяют весь спектр профессионализма и очень ответственны за свою работу. Чего же мы ждем? Не надо давать разочароваться в профессии, тогда и качество его оказания будет высоким. Это мое мнение!

КРИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ: КАЧЕСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ



■ **Барбара Мандлеко,**



■ **Мария Дж. Драйвер**



■ **Джанет Л. Ларсон**

От редакции: *Уважаемые читатели, редакция «Вестника» обращает Ваше внимание на то, что авторство статьи «Критическая оценка научных исследований в сестринском деле: количественные исследования», опубликованной в «Вестнике» № 3–4/2012, принадлежит авторам нашей постоянной рубрики в следующем порядке: Барбара Мандлеко, Мария Дж. Драйвер и Джанет Л. Ларсон.*

В предыдущей публикации, посвященной оценке количественных исследований, мы установили, что исключительно важно критически анализировать надежность, релевантность и применимость исследований, проведенных с целью ответа на поставленный клинический вопрос. Данное требование целиком и полностью распространяется не только на количественные, но и на качественные исследования, хотя данные, которыми оперируют в таких исследованиях, и не являются количественными. В качес-

венных исследованиях оценке подлежат слова и другие нечисловые данные, в то время как в количественных речь всегда идет о значении чисел и статистике. Напомним, что качественные исследования проводятся в тех случаях, когда речь идет о малоизученном вопросе или явлении. Поэтому в качественных исследованиях ставят иные вопросы, применяют совершенно иной дизайн исследования.

Существует несколько типов дизайна качественного исследования: феноменологическое, этнографическое, обоснованная теория, изучение примеров (case study) и историческое исследование. Также существует несколько видов данных, сбор и анализ которых проводится в качественных исследованиях. Большая часть данных поступает посредством проведения интервью, но также применяются фокус-группы, наблюдение, оценка фотографий, дневников или газетных статей. Несмотря на то что существует множество видов качественных исследований и видов данных таких исследований, критическая оценка их результатов возможна на основе общих принципов и ответа на определенные вопросы.

Какова цель исследования?

Как и в случае с количественными исследованиями, публикации статей о проведенных качественных исследованиях начинаются с исходной информации, обзора существующей литературы и определении вопроса, ответа на который пока нет. Цель исследования состоит в поиске ответа на такой вопрос. Например, если перед исследователем стоит вопрос: «каков опыт пациента школьного возраста при проведении болезненной процедуры», то мог бы быть использован феноменологический метод. Эта модель качественного исследования предназначена для изучения общих характеристик в опыте разных людей, подверженных одному и тому же феномену. При таком дизайне исследования внимание также уделяется культурологическим особенно-

стям, тому, как люди с разной культурой переживают определенный опыт в свете своей культуры.

Исследование в рамках теории обоснования направлено на разработку теории о конкретном явлении. Например, если медицинской сестрой-исследователем ставится задача разработать теорию о том, «каково быть ребенком, которому проводятся болезненные процедуры», то исследование строилось бы по принципам обоснованной теории и на выходе исследовательского проекта была бы получена соответствующая теория.

Исследование по типу case study направлено на глубокое изучение отдельного явления, поиск общих и отличительных черт этого явления с другими. Например, если определенный ребенок испытывает трудности при проведении болезненных процедур в период госпитализации, исследователь изучит, какие процедуры были болезненными для ребенка, затем опишет действия, предпринятые для того, чтобы болезненность процедур для этого ребенка снизилась (например, вовлечение ребенка в проведение процедуры или возможность присутствия родителей во время процедуры), а затем сделает выводы о том, какие приемы помогли, а какие оказались бездейственными.

В рамках исторического исследования проводится сбор, организация и оценка фактов по исторической теме для понимания прошлого. Например, если исследователя интересует вопрос о том, как менялся сестринский уход за госпитализированными детьми, то в рамках исторического исследования были бы изучены документы стационара, статьи о медицинской помощи в этом ЛПУ, дневники пациентов или сотрудников, интервью со взрослыми людьми, которые в детском возрасте проходили здесь лечение или сотрудниками, которые некогда здесь работали, а также фотографии, которые помогли бы установить какой была сестринская помощь ранее и как она менялась с течением времени.

Окончание см. на стр. 28

Снижение уровня эмоциональных расстройств у пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии



Приезжева Елена Сергеевна,
старшая медицинская сестра
отделения реанимации и интенсивной
терапии № 1 БУЗ Омской области
«Городская клиническая больница
№ 1 им. А.Н. Кабанова»

Пациенты отделений реанимации и интенсивной терапии всегда находятся под пристальным вниманием медиков, особую обеспокоенность среди прочих аспектов состояния здоровья таких больных вызывают эмоциональные расстройства. Тем не менее исследования, направленных на выявление и коррекцию данного вида расстройств в период нахождения пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), крайне мало. Актуальность данной проблемы для анестезиологов-реаниматологов обусловлена тем, что эмоциональные нарушения не способствуют быстрому восстановлению пациентов и увеличивают психоэмоциональную нагрузку на персонал ОРИТ.

Интерес к изучению эмоциональных нарушений остается высоким. Однако, до настоящего времени нет единого мнения о возможных причинах и факторах риска, способствующих возникновению когнитивных и эмоциональных нарушений, методах их профилактики и коррекции. По данным американских коллег, ежегодно в США в отделениях реанимации и интенсивной терапии проходят лечение около 5–6 миллионов пациентов, что составляет 2% популяции. Согласно данным канадского исследования, четверть пациентов находится в ОРИТ более четырех дней, а 4% – более двух недель (Laupland K.B., Kirkpatrick A.W., Kortbeek J.B., Zuege D.J. Long-term mortality outcome associated with prolonged admission to the ICU // *Chest*. – 2006. – Vol. 129. – P. 954–959).

Данные исследовательских работ свидетельствуют о том, что большинство людей, перенесших критическое состояние, в дальнейшем испытывают значительные трудности в адаптации к повседневной деятельности и к работе (Dowdy D.W., Eid M.P., Sedrakyan A. et al. Quality of life in adult survivors of critical illness: a systematic review of the literature // *Intensive Care Med*. –

2005. – Vol. 31. – P. 611–620). В систематическом обзоре D. Dowdy и соавт. (2005) обобщены результаты 21 исследования, где была проведена оценка качества жизни 7320 пациентов, проходивших лечение в ОРИТ. Были исследованы характеристики как физического, так и психического здоровья: энергичность, социальная роль, эмоциональный фон и когнитивные функции. Все указанные показатели оказались существенно ниже, чем в общей популяции. Другие авторы также обнаружили, что невозможность возвращения к полноценной жизни у большинства больных связана не только с физическими, но и с психическими изменениями.

На пациента, находящегося в критическом состоянии, воздействуют многочисленные неблагоприятные факторы. Условно неблагоприятные факторы можно разделить на три группы: физиологические, лекарственные и факторы окружающей среды. В основе нашего исследования рассмотрены факторы окружающей среды. Нами была предпринята попытка исследования причин эмоциональных нарушений, возникающих при критических состояниях в условиях реанимационного отделения, а также их профилактика и лечение.

Будучи специалистами практического здравоохранения, проводя данное исследование, мы задались целью улучшения эмоционального состояния пациентов, находящихся в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии, путем применения модели устранения эмоциональных расстройств.

В исследование было включено 30 пациентов, госпитализированных в ОРИТ № 1 ГКБ № 1 им. А.Н. Кабанова. Из 30 пациентов было 11 женщин, 19 мужчин, возрастная категория составила от 30 до 60 лет (средний возраст $42,5 \pm 2$). Социальный статус: 20 человек (68%) – со средним специальным образованием, 10 человек (32%) – с высшим образованием; все, вошедшие в группу, социально адаптированы. Временной промежуток пребывания пациентов в отделении составил, в среднем, 4 ± 1 койко-дня. Все пациенты в сознании, адекватные, способные отвечать на вопросы. Критериями исключения являлись: терминальное и коматозное состояние; участие в другом исследовании; тяжелая сопутствующая патология; обширные оперативные вмешательства; пациенты в возрасте до 30 лет и старше 60 лет.

Для изучения эмоционального статуса и выявления факторов, влияющих на возникновение эмоциональных расстройств пациентов, использовались инструменты исследования: невербальная шкала по методике Н.П. Фетискина «Визуально-ассоци-

тивная оценка эмоциональных состояний»; методика В.А. Доскина САН (самочувствие, активность, настроение); анкета на выявление негативных факторов, разработанная нами совместно с клиническим психологом ГКБ № 1 им. А.Н. Кабанова; методика определения уровня ситуативной тревожности Ч.Д. Спилбергера.

В момент поступления пациентам была предложена невербальная шкала по методике Н.П. Фетискина; в первые сутки была предложена методика В.А. Доскина САН с целью определения реакции пациента для экспресс-оценки восприятия ситуации в данный момент.

На вторые сутки пребывания в отделении пациентам было предложено ответить на вопросы анкеты, касающейся обстоятельств их пребывания в отделении реанимации для выявления негативных факторов, влияющих на эмоциональный статус пациентов; была проведена оценка тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера.

Все пациенты, включенные в исследование, давали добровольное медицинское согласие, согласованное с этическим комитетом Совета по сестринскому делу ГКБ № 1 им. А.Н. Кабанова, Этическим кодексом медицинской сестры России. Права пациентов защищены Конституцией РФ, Федеральным законом РФ «Об охране здоровья граждан в РФ» и Законом РФ «О защите прав потребителей».

Для реализации исследования проводился сбор анамнеза, визуальное наблюдение, статистическая обработка данных.

После обработки результатов исследования по невербальной шкале «Визуально-ассоциативная оценка эмоциональных состояний» установлено, что основные эмоциональные ощущения пациентов – это чувство страха (ответили 11 чел., что составило 36,7%); чувство тревоги (10 чел., 33,3%); страдания (9 чел., 30%) (рис. 1).

По результатам методики САН выявили низкие показатели: самочувствие – 10–25 баллов, $17,5 \pm 7,5$; активность – 20–33 баллов, $26,5 \pm 6,5$; настроение – 15–20 баллов, $17,5 \pm 2,5$. В норме каждый показатель составляет 50–55 баллов (рис. 2).

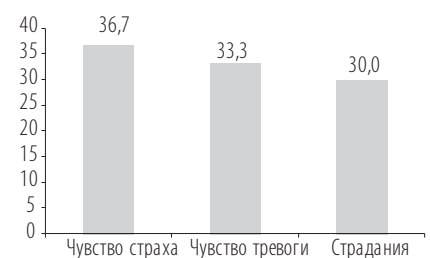


Рис. 1. Результаты исследования. Эмоциональные ощущения

При оценке ситуативной тревожности определили ее высокий уровень: 62–75 баллов, что составило, в среднем, $68,5 \pm 6,5$, а в норме должно быть 100 баллов.

Результаты анкеты показали, что основные факторы, которые вызывают эмоциональные расстройства у пациентов в отделении реанимации, включают шум – 70% (21 чел.); круглосуточный свет – 96,6% (29 чел.); звуки работающей аппаратуры – 73,3% (22 чел.); непрерывный прием лекарственных препаратов – 86,6% (26 чел.); интенсивный режим работы отделения – 100% (30 чел.); изоляция от внешнего мира – 80% (24 чел.); переживания за свое будущее – 93,3% (28 чел.); неосведомленность о своем заболевании – 90% (27 чел.) (рис. 3).

На основании выявленных негативных факторов окружающей среды определены проблемы пациентов:

- нарушение сна, связанное с круглосуточным освещением, шумом;
- страх за свое будущее из-за дефицита знаний о своем заболевании;
- ощущение одиночества, обусловленное невозможностью общения с близкими людьми;
- нравственные страдания из-за смешанных палат, наготы, осуществления естественных потребностей.

Таким образом, полученные нами результаты и сопоставление их с данными литературных источников позволили создать модель устранения эмоциональных расстройств для работы над выявленными проблемами пациентов (рис. 4).

Медицинская сестра вместе с пациентом определяет существующую у него эмоциональную проблему, являющуюся причиной его дискомфорта, определяет приоритеты. Важно, что приоритетную проблему предстоит решать в течение короткого промежутка времени и направлять усилия на преодоление негативных факторов, вызвавших эмоциональный дискомфорт. Учитывая все вышеприведенные факторы, нами была разработана модель, которая направлена на установление психологического контакта с пациентом, так как общение является многогранным и многоуровневым процессом взаимодействия между людьми, в котором происходит формирование эмоционально-психологических

Отзыв С.В. Лапик, д. м. н., декан ФВСО Тюменской государственной медицинской академии, заведующая кафедрой

Данная статья представляет собой достойный пример законченного сестринского исследования, актуальность и практическая значимость которого несомненны и связаны с изучением влияния лечения в ОРИТ на качество медицинской помощи и дальнейшей жизни пациентов и возможностей его коррекции. Методы исследования современны и соответствуют поставленной цели. Объем выборки достаточен для сестринского исследования и статистической обработки, которая проведена путем одномерного анализа с расчетом средней арифметической и ее ошибки. Вмешательства, приведенные в модели, действительно относятся к сестринским и могут быть рекомендованы к внедрению. По дизайну исследования с позиций доказательной сестринской практики для обоснования выводов хотелось бы порекомендовать автору провести подобное исследование в группе сравнения, т. е. у пациентов сопоставимых по всем параметрам с основной группой, но без описанных в модели вмешательств.

отношений, осуществляется взаимное понимание и переживание.

Модель кратко и доступно указывает на способы устранения проблем пациента для решения эмоциональных нарушений. Вследствие того, что внешне «адекватный» пациент способен совершать немотивированные поступки (особенно опасные с учетом нахождения его в ОРИТ), целесообразно раннее применение алгоритма на устранение эмоциональных расстройств. Немаловажным фактом является привлечение близких пациента. Присутствие родных в период нахождения больного в ОРИТ в подавляющем большинстве случаев позволяет избежать назначения препаратов с седативным действием.

На 4–5 день пребывания пациентов в отделении, в процессе применения модели устранения эмоциональных расстройств, ко всем пациентам повторно применены инструменты исследования: невербальная шкала по методике Н.П. Фетискина «Визуально-ассоциативная оценка эмоциональных состояний», методика В.А. Доскина САН (самочувствие, активность, настроение), методика определения уровня ситуативной тревожности Ч.Д. Спилбергера.

При обработке и анализе данных по невербальной шкале «Визуально-ассоциативная оценка эмоциональных состояний» было выяснено, что после применения мо-

дели спокойствие отметили 55% (16 чел.), удовлетворенность – 45% (14 чел.) (рис. 5).

После обработки результатов методики САН выявили улучшение показателей: самочувствие – 35–45 баллов, 40 ± 5 (до применения модели $17,5 \pm 7,5$); активность – 37–48 баллов, $42,5 \pm 5,5$ (до применения модели $26,5 \pm 6,5$); настроение – 46–53 баллов, $49,5 \pm 3,5$ (до применения модели $17,5 \pm 7,5$) (рис. 6).

При оценке ситуативной тревожности определили 31–44 баллов, что составило в среднем $37,5 \pm 6,5$ – это характеризуется как умеренный уровень ситуативной тревожности, в динамике можно проследить снижение уровня на 31 балл (рис. 7).

Повторное общение с пациентами позволило сделать следующие выводы: улучшение сна отметили 90% (27 чел.); уверенность в выздоровлении почувствовали 63,3% (19 чел.); поддержку близких ощутили 70% (21 чел.); доверительные отношения с персоналом отметили 80% (24 чел.) (рис. 8).

Таким образом, прослеживается положительная динамика внедрения модели на устранение эмоциональных расстройств у пациентов, находящихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии, суть которой основана на понимании причинно-следственных взаимоотношений персонала и пациента, а также быстрой коррекции возможных нарушений. На основании полученных данных установ-

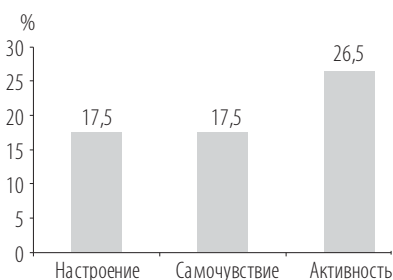


Рис. 2. Методика САН



Рис. 3. Негативные факторы



Рис. 4. Модель устранения эмоциональных расстройств

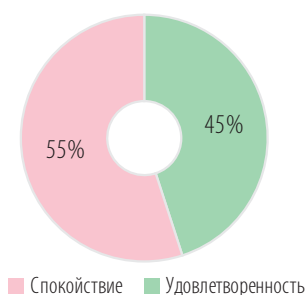


Рис. 5. Эмоциональные ощущения

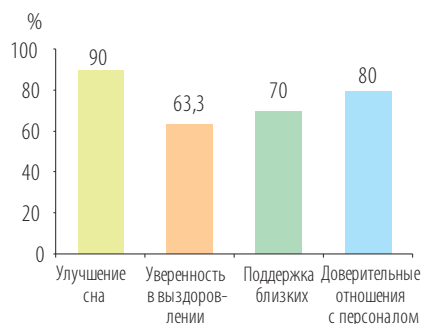


Рис. 6. Методика SAN

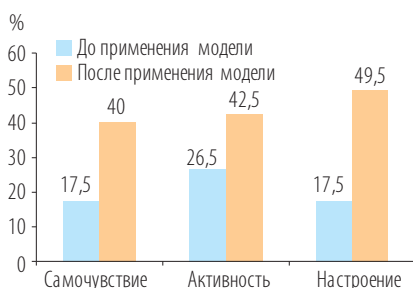


Рис. 7. Ситуативная тревожность

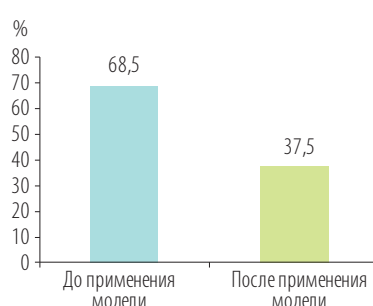


Рис. 8. Результаты общения с пациентами

лено, что использование созданной модели позволяет уменьшить психоэмоциональную и физическую нагрузку на персонал ОРИТ, повысить экономическую эффективность за счет отказа от необоснованного использования препаратов с седативным действием.

Для экспресс-диагностики эмоциональных функций целесообразно использовать простые опросники: методика В.А. Доскина САН (самочувствие, активность, настроение); методика определения уровня ситуативной тревожности Ч.Д. Спилбергера (адаптирована Ю.Л. Ханниным).

Данная модель обращает внимание сестринского персонала на работу в непосредственном контакте с пациентами, самостоятельное принятие решений, учет мнения пациента, т. к. основной ее целью является восстановление эмоционального комфорта пациента, а полученные результаты доказывают целесообразность и эффективность проведенной работы.

Учитывая опасность и высокую частоту эмоциональных расстройств у пациентов в ОРИТ, необходима настороженность сестринского персонала в отношении их развития, а при их выявлении – четкая нацеленность на их устранение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. Серия «Мастера психологии». СПб.: Питер, 2002. 752 с.
2. Решетова Т.В. Влияние на послеоперационный период психопатологических характеристик современного кардиохирургического больного / Т.В. Решетова, Т.Г. Петросян, В.А. Мазурок // Материалы XXXIX научной конференции «Хлопинские чтения»; Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования. СПб, 2006. С.263–264.
3. Петросян Т.Г. Когнитивная дисфункция – новый соматопсихический феномен в периоперационном периоде у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство на открытом сердце / Т.Г. Петросян // Сборник докладов и тезисов V конференции по программе «Психосоматическая медицина» – «Психосоматические и соматопсихические расстройства в общей медицинской практике»; Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования. СПб., 2007. С. 42.
4. Петросян Т.Г. Частота развития когнитивной дисфункции в периоперационном периоде у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство на открытом сердце / Т.Г. Петросян // Сборник научных трудов II Междисциплинарного конгресса «Ребенок, врач, лекарство». СПб., 2007. С. 115–116.
5. Петросян Т.Г. Астенические и депрессивные расстройства у пациентов, перенесших операции на открытом сердце / Т.Г. Петросян // Сборник докладов и тезисов VI конференции по программе «Психосоматическая медицина» – «Астенические и депрессивные расстройства в общей медицинской практике»; Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования. СПб., 2007. С. 29.

ПОСТРОЕНИЕ КАРЬЕРЫ

СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ КАДРОВ И СОЗДАНИЯ БУДУЩИХ ЛИДЕРОВ В «БОЛЬНИЦЕ-МАГНИТ»



- **Герминия Шермонт**, (на фото справа)
RN, MS, NE-BC, директор сестринской
службы хирургических отделений,
детская больница г. Бостона,
Массачусетс, США
- **Джейн Мёрфи**, (на фото слева)
RN, MS, PNP-BC, CPHQ, медсестра
клинический специалист
хирургических отделений, детская
больница г. Бостона, Массачусетс, США

Руководители сестринских служб несут ответственность за профессиональное развитие и успешное планирование кадров, при этом часто сталкиваются с вызовами, ведь им приходится разрабатывать и внедрять подходы для воспитания будущих поколений лидеров профессии. В решении этой задачи определенные перспективы имеет Программа построения карьеры. Программа определяет препятствия и помогает работникам проложить дорогу к профессиональному и карьерному росту. Эта программа – своего рода методика построения карьеры, следуя которой медсестра может оценить собственные карьерные цели, свои возможности и интересы, а затем создать план и график достижения поставленных задач. Ранее более подробная версия этой статьи была опубликована авторами в Journal of Nursing Administration.

Почему задачи карьерного роста сестер, это в том числе задачи руководителей сестринских служб? Вероятно потому, что ру-

ководителям следует защищать свое учреждение от текучести кадров, быть успешными в привлечении и сохранении в составе клиник наиболее квалифицированных специалистов. Очевидно, что, открывая перед медицинскими сестрами своей клиники новые карьерные перспективы, руководитель сохраняет кадры и повышает удовлетворенность сестер от работы, что в свою очередь сказывается на результатах лечения пациентов, на сокращении экономических затрат.

Поддержка профессионального развития медицинских сестер

Итак, навыки планирования карьеры помогают специалистам проложить свой карьерный путь и взять на себя ответственность за принятие решений, от которых зависит будущее. Наставничество в движении работника от должности постовой медицинской сестры к должности преподавателя, исследователя, старшей медсестры, главной медсестры, работника академиче-

Детская больница Бостона (Boston Children's Hospital) является одной из лучших клиник США. Из года в год с некоторым преимуществом она делит пальму первенства с Калифорнийской детской больницей. Ежегодно детские врачи самых разных специальностей страны, отвечая на вопрос о том, где лучше всего продолжить лечение тяжелобольным детям, делают выбор в пользу Бостонского госпиталя.

Надо сказать, что эта больница является клинической базой медицинского факультета Гарвардского университета. Особенно важно для пациентов и медицинских сестер и то, что больница регу-

лярно и успешно проходит переаттестацию на звание «больницы-магнита». В учреждении, рассчитанном на 396 коек, на полную ставку работают 202 врача и 1122 зарегистрированные медсестры; 77 врачей и 738 медсестер работают на часть ставки. Ежегодно госпитализацию здесь проходят более 18 тысяч маленьких пациентов; выполняется более 7 тысяч операций, а число посещений консультативно-диагностической поликлиники доходит до 622 тысяч в год. Отделение экстренной помощи ежегодно совершает более 60 тысяч выездов.

Интересна структура сестринских кадров больницы: во главе службы – главная медицинская сестра. Кроме нее управлением на центральном уровне занимаются директора департаментов, в состав которых включены профильные отделения. Таких департаментов четыре – хирургический, оперблоку и отделения интенсивной терапии, лечебный и департамент развития кадров. В каждом отделении имеется и старшая медицинская сестра.

В учреждении, помимо штатных сестер, трудятся преподаватели сестринского дела – их задача своевременно проводить обучение персонала; медсестры-исследователи, ведущие работу в различных научных комитетах, помогающие сестрам провести исследования; а также практикующие медсестры или медицинские сестры с расширенной областью практики, самостоятельно принимающие пациентов.

Для работы в таком учреждении минимальным уровнем образования является бакалавриат (из года в год сохраняется высокий конкурс на рабочее место), на должность старшей медсестры, преподавателя, директора, главной медсестры могут претендовать только те, кто имеет диплом магистра; в роли исследователей выступают сестры с ученой степенью кандидата наук (доктора философии). Аналогичное требование вскоре вступит в силу и в отношении практикующих медицинских сестер.

Несмотря на кадровый дефицит сестринского персонала в США, лист ожидания для трудоустройства в детскую больницу Бостона содержит имена и фамилии сотен специалистов экстра-класса. Тем не менее администрация учреждения непрерывно работает над тем, чтобы поддержка медицинских сестер оставалась на должном уровне, а медицинские сестры были удовлетворены своей работой.



ской сферы содействует развитию сестринского дела как профессии, а также улучшает показатели сохранения кадров и их успешного планирования.

Программа построения карьеры детской больницы Бостона основывается на методологии профессионального роста Патрисии Беннер, изложенной в книге «От новичка до эксперта: Совершенство и лидерство в клинической сестринской практике». Соответственно этой методологии в Бостонской больнице были определены 3 квалификационные категории:

I категория – медсестра, компетентная в вопросах клинической практики;

II категория – медсестра, обладающая мастерством в клинической практике;

III категория – медсестра-эксперт в клинической практике.

Первый уровень присваивается медицинским сестрам при поступлении на работу и после освоения программы ориентации в клинике, основанной на компетенциях. Повышение квалификационной категории предусматривает создание медицинской сестрой портфолио, подтверждающего соответствие критериям высокого профессионализма. Отметим, что этот процесс

является добровольным.

Анализируя кадровую ситуацию, старшие сестры трех хирургических учреждений детской больницы Бостона увидели, что многие сотрудники, поступив на работу в отделения, в течение многих лет не предпринимали никаких попыток повысить свою квалификационную категорию. У менеджеров возник резонный вопрос – по каким причинам сотрудники не пользуются возможностями профессионального роста, не идут вперед в своей карьере. С целью ответа на этот вопрос старшими сестрами была разработана анкета, проведено анкетирование всех медицинских сестер, остающихся на первом профессиональном уровне в течение нескольких лет.



каждой медицинской сестры план построения карьеры исходя из ее интересов и предпочтений, а также с целью укрепления профессионального потенциала.

Реализация программы карьерного роста

На предложение поучаствовать в данном проекте откликнулись 37 медицинских сестер трех хирургических отделений. Им было предложено на индивидуальной основе поработать над своими карьерными планами в командах с наставниками. У каждой медицинской сестры появилось по два таких наставника (руководитель + клинический советник). В роли руководителей участвовали три старшие медсестры и директор сестринской хирургической службы, в роли клинических советников – медицинские сестры – преподаватели и медицинские сестры с хорошим клиническим опытом и стажем работы от пяти до десяти лет.

Создание таких наставнических связей, как предполагалось, могло пойти на пользу не только сестрам с первой квалификационной категорией, но и клиническим советникам – ведь у них появилась возможность тесного общения с руководителями, развития собственных педагогических, творческих, лидерских и управленческих навыков. Например, прежде чем наставническая работа стартовала, руководители провели обучение клинических советников, рассказали о стоящих перед ними задачах, о той новой роли, в которой им предстояло освоиться. Регулярные встречи руководителей с клиническими советниками проходили и далее, уже в период основной фазы проекта – в кругу единомышленников обсуждались разные идеи о том, как правильно выстроить карьерную стратегию для той или иной медицинской сестры, как преодолеть те или иные трудности.

Регулярные встречи проводились и с медицинскими сестрами – участниками проекта. Здесь шла оценка преимуществ и талантов медсестер, их профессиональных

АНКЕТА

- Вы удовлетворены своей сегодняшней должностью?
- Если Вы удовлетворены своей должностью и производственной средой, можете ли Вы перечислить улучшения, которые были бы желательны в будущем?
- Если Вы не удовлетворены своей должностью и производственной средой, пожалуйста, укажите на причины:
 - график работы, обеспечение кадрами, заработная плата, старшая медсестра, другие сестры, врачи, нехватка возможностей профессионального роста, нехватка возможностей обучения, признание вклада, эффективность процесса принятия решений, другое...
- Какие сферы Вашей профессиональной деятельности приносят Вам максимальную радость и удовлетворение?
- В чем Вы видите свои самые сильные стороны и преимущества?
- В каких вопросах профессионального развития Вам требуется поддержка:
 - управление конфликтами, управление временем, чувство причастности, консультирование, наставничество, делегирование задач, профессиональная коммуникация, баланс профессиональной и личной жизни, повышение клинических знаний/навыков, повышение технологических навыков, построение межличностных взаимоотношений, другое.
- Кем Вы хотели бы себя видеть в сестринской профессии по прошествии 3–5 лет:
 - работа в отделении интенсивной терапии, экстренной помощи, послеоперационного пробуждения, педиатрическом, хирургическом, лечебном отделении, работа в должности менеджера (старшей сестры) или главной сестры, исследования, образование, другое...
- Что могло бы сохранить Вас как работника в данном лечебном учреждении?

Итак, на вопросы анкеты ответили медицинские сестры трех хирургических отделений, которые за несколько лет не проявили желания продвинуться по карьерной лестнице. Полученные данные позволили оценить, насколько медицинские сестры удовлетворены текущим положением дел и своей должностью, какое число специалистов задумывается о новой профессиональной или управленческой роли, а также сколько медицинских сестер считает производственную среду учреждения неудовлетворительной.

Полученная информация стала важным ориентиром для старших сестер в прогно-

зировании текучести кадров, ее профилактики. Старшие сестры незамедлительно отреагировали на сигналы, полученные в результате анкетирования, благодаря чему удовлетворенность работников была повышена, работа стала для медсестер более привлекательной, текучесть кадров была сокращена, соответственно, были существенно снижены затраты клиники на замещение вакантных должностей, ориентацию новых специалистов.

Казалось бы, старшие сестры достигли важных целей, но они решили не останавливаться на достигнутом, а идти дальше. Новая задача состояла в том, чтобы составить для

интересов и карьерных предпочтений, велась разработка графика достижения профессиональных задач. Наставники подбирали информацию о различных сестринских ролях и тех требованиях, которым должны соответствовать претендующие на эти роли сестры. Обсуждали возможности для профессионального роста в таких отраслях, как образование, исследование, информатика, управление, руководство, расширенная (самостоятельная) практика, специализированная практика (педиатрия, интенсивная терапия, акушерство, экстренная помощь, онкология).

Как оказалось, до участия в этом проекте многие сестры не имели четких представлений об имеющихся профессиональных возможностях, испытывали неуверенность, опасались перемен в своей профессиональной жизни. Для преодоления неуверенности и определения сферы профессиональных интересов таким сестрам была предложена возможность поработать бок о бок со своими коллегами в других отделениях клиники. Так они могли «примерить» на себя новую роль, понять, в какой области медицины они хотели бы работать в будущем.

Работа наставнических команд начиналась с анализа анкеты каждой участницы. Руководитель, клинический советник и медицинская сестра вместе разрабатывали индивидуальную программу карьерного роста с четким графиком выполнения. Планы выстраивались с перспективой быть реализованными в течение полутора лет.

Двойные наставнические связи

Медсестра, руководитель и клинический советник

Самооценка медицинской сестры

Карьерные интересы, определение препятствий, областей для совершенствования

Постановка целей

Определение краткосрочных и долгосрочных карьерных задач

Карьерный план:

детальный план достижения карьерных целей, приведенный в равновесие с личными обстоятельствами

Непрерывный мониторинг, наставничество и поддержка

Оценка прогресса и помощь в разработке стратегий преодоления препятствий, способных отразиться на личном успехе

При необходимости медицинские сестры вносили в свой план поправки, отражающие личные и семейные обстоятельства – декретные отпуска (в США они совсем непродолжительны), бракосочетания, уход за детьми или престарелыми родителями. Включая такого рода обстоятельства своей жизни в созданный карьерный план, медицинские сестры приспосабливали его к себе и своему будущему.

Руководители сестринских служб также извлекли из программы немало полезного. Они узнали, что не которым сестрам не хватает уверенности в себе, некоторые не знают, как правильно ставить цели, другие опасаются перемен и неизвестности, а для некоторых движение вверх по карьерной лестнице ограничено семейными обязательствами, например, наличием престарелых родственников, что ограничивает использование личного времени для профессионального развития.

Для многих медицинских сестер программа стала психологическим лифтом. Ряд участниц отметили, что программа помогла им увидеть, кем они являются сейчас и кем хотели бы стать в будущем. Ключом к успеху проекта стали непрерывный мониторинг, наставничество и поддержка медсестер со стороны наставников-руководителей и клинических советников (см. рис. 1).

Как уже было отмечено, участницам проекта было предложено «поработать по следам» своих коллег в других отделениях клиники. Возможность попробовать свои силы и протестировать профессиональный интерес к другой сфере медицины существовала в детской больнице Бостона и ранее. От такого предложения не отказались и участницы программы карьерного роста. Например, одна из сестер хирургического отделения в течение трех дней работала в палате интенсивной терапии. После этого она твердо решила, что хотела бы в будущем работать именно в таком отделении и впоследствии перевелась в него. Другая участница «шла по следам» старшей сестры; на основании приобретенного опыта решила действовать для того, чтобы в будущем роль руководителя была ей доступна – поступила на магистерскую программу, занялась развитием лидерских и управленческих навыков, чтобы в случае открытия управленческой вакансии претендовать на повышение и добиться его в условиях серьезной конкуренции.

Результаты программы карьерного роста

По истечении полутора лет старшие сестры оценили результаты программы и ее участников. А результаты оказались вполне оптимистичными. Из 37 участниц проекта 30 (а это 81%) прошли вверх по карьерной лестнице: 8 медицинских сестер (22%) перешли на новые должности в хирургических или других отделениях больницы, 22 медицинские сестры (59%) повысили

профессиональную категорию. В течение следующих двух лет еще три медсестры (8%) из этой программы получили более высокую вторую категорию. Три медицинские сестры по личным обстоятельствам ушли из Бостонской больницы, одна медсестра вышла из программы до ее завершения. Одна медсестра получила магистерскую степень в сестринском деле, а 10 медсестер (27%) приобрели дополнительную специализацию и получили сертификаты в течение двух лет по окончании программы.

В результате реализации программы карьерный рост ждал и четырех клинических советников. По истечении 18 месяцев они укрепили собственные навыки наставничества, уверенность в своих силах. Из числа четырех советников одна получила уже третью (высшую) квалификационную категорию, вторая с успехом достигла ее после завершения программы. Все четыре советника продвинулись по карьерной лестнице – перешли на новые клинические или управленческие должности. Одна медсестра стала старшей; вторая – координатор и преподаватель в специализированной области – трансплантологии; третья – координатор клинической практики студентов в одном из хирургических отделений, а четвертая перешла на должность в амбулаторной службе.

Программа помогла медицинским сестрам поверить в свои силы, оценить имеющиеся пробелы в знаниях, осознать свои профессиональные интересы. В ходе совместных обсуждений сестры указывали, что самым ценным для них стало понимание того, как развивать и строить собственную карьеру, как правильно разрабатывать план для достижения карьерных целей. Все это стало ценным итогом программы карьерного роста. Медицинские сестры были глубоко удовлетворены той поддержкой, которую получили от наставников и клинических советников.

Заключение

Программа карьерного роста стала успешной, потому что предоставила медицинским сестрам средства для развития своих способностей и реализации потенциала. Применение программы карьерного роста, формирование краткосрочных и долгосрочных карьерных задач составляет перспективную стратегию сохранения сестринских кадров, приносящую пользу и отдельным медицинским сестрам, и медицинской организации, и сестринской профессии в целом. Дополнительным преимуществом программы является личный и профессиональный рост медицинских сестер, возможность развития на своей работе, что, несомненно, повышает удовлетворенность от своей работы. Программа карьерного роста является эффективным механизмом успешного планирования, которым могут воспользоваться и сестры-руководители для начала планирования собственных будущих лидерских позиций.

Рис. 1. Структура программы карьерного роста

«ЗА СПАСЕНИЕ ПОГИБАВШИХ»



ПОЧЕТНОЙ МЕДАЛЬЮ БЫЛА ОТМЕЧЕНА
САМООТВЕРЖЕННАЯ РАБОТА МЕДИЦИНСКОЙ
СЕСТРЫ ИЗ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ



Соловьева Татьяна Яковлевна многие годы работает в Ивановском областном госпитале для ветеранов войн – с 1975 года в должности медицинской сестры отделения анестезиологии-реанимации. В 1989 году была переведена на должность старшей медицинской сестры взрослого ортопедического отделения, где и трудится по настоящее время.

На занимаемых должностях Татьяна Яковлевна проявила себя как работник, хорошо знающий и решающий все вопросы, связанные с профессиональной деятельностью.

Татьяна Яковлевна принимает непосредственное участие в подборе медицинского персонала, проявляет высокую требовательность к подчиненным, сочетая с постоянной заботой о них, а в трудное время всегда готова помочь и поддержать. За время работы зарекомендовала себя не только хорошим организатором, но и высококвалифицированным, грамотным специалистом. Постоянно совершенствует свои знания в различных разделах медицины и способствует повышению уровня квалификации своих подчиненных. Кроме того, Татьяна Яковлевна стремится к внедрению в практику новых, передовых форм труда среднего и младшего медицинского персонала: на отделении регулярно проводятся сестрин-

ские конференции, медицинские сестры отлично проинформированы, а их знания соответствуют требованиям и духу времени.

Богатый практический опыт, объем профессиональных знаний, умений и навыков Татьяна Яковлевна постоянно передает молодым медицинским сестрам. В течение многих лет руководит производственной сестринской практикой студентов медицинской академии и медицинского колледжа.

Являясь членом Совета медицинских сестер, она принимает активное участие в работе и жизни госпиталя. В 1993 году Татьяне Яковлевне присвоена высшая квалификационная категория, которая была подтверждена в 2007 году. За многолетний и добросовестный труд в здравоохранении Т.Я. Соловьева неоднократно отмечалась благодарностями и награждалась Почетными грамотами Департамента здравоохранения администрации Ивановской области.

Так живут и трудятся, достигая новых вершин профессионального и управленческого мастерства сотни и тысячи специалистов нашей необъятной Родины, но лишь немногим судьбой предначертано пройти через особые, боевые испытания. Именно так и произошло с Татьяной Соловьевой.

В 2000 году Татьяна Яковлевна была добровольно командирована как специалист учреждения Минздрава России в Чеченскую Республику. Татьяна работала в составе многопрофильного госпиталя Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» в Чеченской Республике и Республике Ингушетия, где проявила мужество, высокий профессионализм в ликвидации медико-санитарных последствий в районах боевых действий, что спасло жизни многих людей.

Легко и просто на войне не бывает. Суета, заботы и волнения повседне-

ной жизни моментально отходят даже не на второй, на третий план. Но накопленный опыт и профессионализм срабатывают – специалист достигает максимальной мобилизации и отдает все свои силы и знания без остатка.

Из письма Татьяны Яковлевны к родственникам: *«Работаю в реанимации и анестезиологии. Раненые тяжелые, в основном минно-взрывные поражения... везде посты, помещение круглые сутки под охраной, у входов стоят часовые и укрепления из мешков с песком. Вокруг города горит нефть, гарь липкая, ходим все грязные, как кочегары. Стрельбу слышно, порой кажется, что бои идут совсем рядом, за дверью. Много амбулаторных больных – местное население. Принимаем за сутки до 300 человек. Оперировали аппендициты, панкреатиты, даже опухоль молочной железы молодой женщине, кроме нас им негде лечиться, да и не доверяют они местным врачам...».*

Согласно Решения заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации – начальника штаба Минздрава России по организации медицинской помощи населению Чеченской Республики Г.Н. Петрова Татьяна Яковлевна награждена медалью «За спасение погибавших».





КОРПОРАТИВНЫЙ СТАНДАРТ

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ И ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
В ФЕДЕРАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ (Г. КРАСНОЯРСК)



■ **Быкова Наталья Викторовна,**
главная медицинская сестра, ФГБУ
«ФЦССХ» (г. Красноярск).

*Тот, кто думает, что может обойтись
без других, сильно ошибается;
но тот, кто думает, что другие
не могут обойтись без него,
ошибается еще больше.*
Ф. Ларошфуко

Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии в Красноярске был открыт совсем недавно, в сентябре 2010 года. Этот современный кардиохирургический центр был построен в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в целях повышения доступности высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации.

С чистого листа мощная хирургическая клиника начала свою историю. Но у каждого врача, у каждой медицинской сестры есть своя история, свой многолетний опыт работы в кардиохирургии. Мы объединили лучших опытных сосудистых хирургов, кардиологов, молодых и перспективных врачей, медицинских сестер с одной целью – качественно, с использованием последних достижений современной медицины лечить наших пациентов.

В последние годы во многих крупных российских компаниях появились корпоративные стандарты и кодексы корпоративной этики.

Что это – мода, реверанс в сторону западных технологий или стремление с помощью корпоративного стандарта повысить эффективность управления персоналом и достичь более высоких результатов?

Одной из ведущих причин появления Корпоративного стандарта является создание новой организации, ее рост и развитие. В данных условиях сложно идентифицировать «своих» людей, так как каждый новичок – является самобытной

личностью. Единая корпоративная философия помогает сплотить персонал и задать общие для всех отделений и подразделений учреждения принципы оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Корпоративный стандарт приходит на помощь новой организации, еще не имеющей сложившейся культуры взаимоотношений и многолетней истории. Для достижения сопричастности к коллективу, воспитания единомышленников и был разработан корпоративный стандарт для персонала Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии.

Корпоративная культура – это не праздники в ресторане или организованный выезд на природу. Это наши ценности и нормы, общение и взаимодействие, чистота и уют, соблюдение субординации и делового этикета. Это наше гостеприимство и имидж работодателя; манера общения персонала как с посетителями, так и между собой.



Коллектив старших медицинских сестер ФГБУ «ФЦССХ» (г. Красноярск).

Корпоративный стандарт по сути является сводом правил и норм поведения, которые разделяют все участники группы. С его помощью задаются определенные модели поведения, единые стандарты отношений при совместной деятельности, направленной на конечный результат. Стандарт позволяет сформировать целостный имидж и репутацию Центра и его сотрудников. Благодаря корпоративному стандарту появляется свой стиль работы и общения – наш профессиональный почерк.

При создании корпоративного стандарта мы прошли несколько этапов.

Важнейший и первый этап создания корпоративного стандарта – это выяснение предпосылок и необходимости

его создания, так сказать «прощупывание почвы», с бо р информации от первых лиц учреждения, а также из собственных наблюдений.

Второй этап в теории называется этапом постановки задач. На этом этапе определяется, какой тип корпоративных стандартов соответствует поставленным задачам (будет это декларативный вариант или, напротив, развернутый, или это будет набор мини-кодексов). Мы остановили свой выбор на развернутом варианте стандарта. Он получил распространение с 80-х годов XX века и позволял регламентировать поведение сотрудников в отдельных областях, где был высок риск нарушений, где могли возникнуть сложные этические ситуации.

Далее были зафиксированы миссия, стратегия и видение, кредо, базовые ценности, стандарты и принципы – всё то, на что не могут повлиять никакая рыночная ситуация, никакие новые задачи, то, что сотрудники любят и ценят в себе и в Центре в целом. Сформулированные в корпоративном стандарте ценности Центра задают вектор его



развития и являются для персонала ориентиром для движения вперед.

Следующий этап направлен на формирование корпоративной идеологии. Нами была выбрана «антропологическая» методика. Для ее использования необходимо вовлечь максимально возможное число сотрудников с упором на ключевых и давно работающих в профессии, и провести с ними несколько бесед,

в которых проявляются принципы поведения и ценности, присущие учреждению, уделяя при этом особое внимание мнению неформальных лидеров коллектива. Зачастую именно они лучше руководителей осведомлены, на какие психологические рычаги нужно нажать, чтобы эффективно воздействовать на персонал.

После завершения этапа формулировки идеологии мы перешли к этапу создания стандартов поведения (нор-

мативная часть), для которой потребовалось провести несколько сессий с персоналом на предмет выявления этих стандартов.

За основу был взят предварительный уже существующий вариант правил поведения, затем этот вариант дорабатывался и согласовывался.

Таким образом, был создан корпоративный стандарт для сотрудников Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии (г. Красноярск), тот стандарт, который позволил объединить наш персонал в единую команду единомышленников.

Создание и внедрение стандартов, естественно, не ограничивается только написанием текста документа. Существует специфика исполнения

Когда Вы непосредственно общаетесь с посетителем Центра, с пациентом, с гостем – помните, Вы являетесь лицом Центра. Когда Вы общаетесь по телефону – Вы голос Центра. О Вас и Вашей работе будут судить о работе всего Центра в целом. Основная задача «контактного» персонала – создать атмосферу доверия, надежности и комфорта для посетителя (будь то регистратура, приемное отделение или общение по телефону). Сочетание профессиональных знаний и личных качеств – это профессионализм сотрудника.

подобных документов: заставить сотрудников по приказу следовать корпоративному стандарту «с понедельника» невозможно! Чтобы стандарты действительно работали, процесс внедрения начинается уже на этапе разработки – именно поэтому так важно привлечь максимальное число (буквально всех и каждого) сотрудников



Центра к обсуждению и созданию стандартов. Только при условии принятия каждым сотрудником корпоративных стандартов документ будет реально исполняться.

Мы придерживаемся политики, когда сотрудник имеет возможность работать в организации, даже если он не полностью разделяет принятые корпоративные стандарты. При этом очевидно, что у него будет меньше возможностей для поощрения и развития в Центре, но выбор, уходить ему из-за этого или оставаться, он делает сам!

Проект по внедрению данных стандартов в жизнь еще не закончен, и, по всей видимости, этот процесс займет больше времени, чем создание самого документа. Даже если принять во внимание, что в формировании команд отмечается ряд общих закономерностей,

каждая создаваемая команда – уникальна.

Вместо того, чтобы полагаться на готовые формулы, мы предпочитаем учиться на собственном опыте – от-

Жизнь сложнее, чем представляется на первый взгляд, и нам предстоит не раз принимать решения в условиях неопределенности. Не раз произойдет ситуация, когда мы должны будем совер-

шать поступки или выполнять функции, не описанные в должностной инструкции или корпоративном стандарте, но тем не менее уже сейчас, на этом этапе, по прошествии менее двух лет с момента открытия Центра, мы можем с гордостью сказать: «Мы – команда, которая профессионально и красиво делает свое дело!».

У наших специалистов уже сотни и тысячи проведенных операций на сердце взрослым и детям, а значит, сотни и тысячи спасенных жизней! Наша награда – это люди, которые будут жить, радоваться солнцу, улыбкам своих родных и близких, радоваться самой жизни!

Ответственность является основой, на которой базируется качественное обслуживание. Полное принятие на себя ответственности за результат обслуживания, серьезное отношение к соблюдению корпоративного стандарта, независимо от того, наблюдает руководитель за Вашей работой или нет, привычка не перекладывать вину на других, принятие командной ответственности – вот, что требуется от сотрудника.

слеживая и анализируя собственные действия, для того чтобы оценить, что хорошо, а что нуждается в совершенствовании. У нас есть прекрасная возможность – двигаться вперед, к нашей цели, командой единомышленников.

ВНИМАНИЕ, КОНКУРС!

Продолжая традицию поддержки творческих и профессиональных инициатив медицинских сестер, Ассоциация медицинских сестер России объявляет о проведении в 2013 году нескольких конкурсов.

Один из конкурсов РАМС будет направлен на отбор лучших инициатив медицинских сестер и региональных ассоциаций в области

профилактики заболеваний и пропаганды здорового образа жизни.

Этический комитет РАМС проведет творческий конкурс фоторабот «Доброе слово лечит».

Конкурс на лучшую исследовательскую работу позволит поощрить вклад медсестер в изучение клинических вопросов сестринского ухода.

Совместный конкурс РАМС и компании «Пауль Хартманн» будет организован для выявления лучшей «Школы ухода за тяжелобольными пациентами», созданной в регионах при участии компании.

Подробная информация об условиях участия в конкурсах будет доступна на сайте РАМС www.medsestre.ru



МЕТОДИЧЕСКАЯ ЛИТЕРАТУРА

АССОЦИАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ



Подробная информация о методической литературе
Ассоциации и способах приобретения
доступна на сайте РАМС
www.medsestre.ru

В разделе:

Информационные ресурсы

Литература

Вы сможете узнать о том, какие издания есть в наличии,
скачать бланк заявки на литературу,
заполнить его и направить в адрес Ассоциации.

**Справки по телефону Ассоциации:
8 (812) 315-00-26**

СКАЖЕМ «НЕТ» ВОЛНЕНИЮ И ТРЕВОГЕ

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ



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

В выпуске «Вестника» № 2/2012 мы детально проанализировали психологические проблемы пациентов, находящихся на длительном гемодиализе. В этой статье внимание будет акцентировано на задачах медицинской сестры в обеспечении качественной помощи таким пациентам.

Этика в работе медсестры диализного отделения

История развития сестринского дела показывает, как по мере усложнения и совершенствования методов лечения и диагностики повышается роль медицинских сестер в обеспечении удовлетворительного качества жизни и психологического здоровья пациентов. Профессиональная деятельность медицинской сестры затрагивает высшие человеческие ценности – жизнь, здоровье, свободу, достоинство, личную неприкосновенность. Высокое качество работы без знания и четкого соблюдения медицинской сестрой этических норм недостижимо. Напомним, что среди этических норм особое значение имеют принципы не причинения вреда, милосердия, автономии пациента, милосердия, полноты оказания медицинской помощи, а также их отдельные требования, например, соблюдения конфиденциальности, уважение к праву пациента на информированное согласие. Хочется верить, что с принятием Ассоциацией медицинских сестер России этического кодекса эти принципы получили должное внимание со стороны всего сообщества медицинских сестер, в том числе со стороны специалистов отделений гемодиализа.

Профессионально важные качества медицинской сестры

Трудовая деятельность медицинских сестер тесно связана с вопросами психоло-

гии личности. Личностные особенности медицинской сестры оказывают непосредственное влияние на процесс и результаты трудовой деятельности. Поскольку результатом работы медицинской сестры гемодиализа должны стать адекватное психологическое здоровье и качество жизни больных, следует выделить особенности личности, необходимые ей для решения этих проблем. На основе научных публикаций по вопросам профессионально важных качеств для медицинской сестры отделения гемодиализа таковыми являются.

На **1-м этапе (обследование)**: коммуникабельность, приветливость, доброжелательность, терпеливость, вежливость, внимательность, опрятность, профессиональная эрудиция, наблюдательность.

Для **2-го этапа (сестринский диагноз)**: профессиональная эрудиция, наблюдательность, стремление проникнуть в суть явлений, логичность, творческий склад ума, хорошая память.

3-й (определение программы действий) и 4-й (реализация программы действий) этапы требуют таких качеств, как аккуратность, трудолюбие, милосердие, творческое мышление, порядочность, профессиональная компетентность, организаторские способности, самоотверженность, оптимизм, внимательность, наблюдательность, способность планирования ухода за пациентом с логическим осмыслением.

Умение мыслить аналитически при сравнении достигнутых результатов с ожидаемыми является важным профессио-

нальным качеством **на 5-м этапе – этапе оценки.**

Специфика работы медсестры на отделении гемодиализа

Работа медсестры на отделении гемодиализа имеет определенную специфику. Отделение является амбулаторным, но имеется и суточная служба для случаев, когда необходим экстренный гемодиализ. Каждый больной вынужден посещать отделение 3 раза в неделю, находясь на процедуре от 3 до 5 часов. Напомню, что в результате такого частого посещения медицинского учреждения, длительности и тяжести проведения процедуры, психологическое состояние пациента ухудшается, что может заставить пациента сокращать время диализа и даже пропускать сеансы, а это в свою очередь снижает продолжительность жизни и ухудшает течение заболевания.

Одной из важных задач медсестры является создание благоприятной обстановки для пациентов. Позитивное значение может иметь знакомство пациентов, впервые начавших диализ, с больными, которые успешно социально и психологически адаптировались к данному виду лечения, обычно, наилучшая адаптация наблюдается через 3–5 лет лечения, поэтому стоит ориентироваться на этот стаж гемодиализа. У каждого пациента на данном этапе формируется внутренняя картина болезни, в ходе лечения она видоизменяется, нужно быть готовыми к прояв-

...нужно быть готовыми к проявлению у больных страха, неуверенности, связанных с этим болезненных фантазий, иронии, горькой насмешливости, придирчивости...



лению у больных страха, неуверенности, связанных с этим болезненных фантазий, иронии, горькой насмешливости, придиристичности; все эти явления можно снизить или даже устранить просто проявляя внимание к больному, беседуя с ним, выслушивая его.

Поскольку пациенты вынуждены лечиться диализом пожизненно или несколько лет ждать пересадки, возникают достаточно тесные, партнерские отношения между ними и медицинскими сестрами. При этом медицинская сестра всегда должна помнить, что эти долгосрочные, многолетние отношения не должны переходить в панибратские, ведущая роль всегда должна оставаться за медсестрой. Она может сочувствовать пациентам, эмпатировать им, но не идентифицировать себя с ними. Гемодиализный больной всегда должен быть уверен, что их беседы носят строго конфиденциальный характер.

Медсестра должна знать особенности переживаний больного, его личности, тактично объяснять пациенту не только его права, но и обязанности, рассказывать в доступной для больного форме о необходимых обследованиях, подготовке к ним, предстоящем лечении и его перспективах.

Очень велика психотерапевтическая роль медсестры. Не случайно, когда институт медицинских сестер еще только создавался, они назывались «сестрами милосердия». Милосердие – это готовность из сострадания оказать помощь, не требуя благодарности, воздаяния. Искусство сестринского дела заключается в гармоничном сочетании творческого подхода и научной обоснованности процедур, пособий, словесных воздействий и бесед в процессе ухода за больным; в умении порой защитить пациента от обуревающих его негативных мыслей и чувств, как известно, существенно отягочающих и так нелегкое положение пациента.

Задачи сестринского ухода

Огромное значение в обеспечении адекватного уровня качества жизни и психического состояния у гемодиализных больных играют два наиболее важных фактора:

- нормальное функционирование сосудистого доступа (артерио-венозной фистулы или перманентного катетера);
- соблюдение диеты и питьевого режима.

Почему это настолько важно? Дело в том, что от этих двух факторов напрямую зависит жизнь пациента. Без доступа невозможно получать долгосрочный диализ, так как обычный диализный катетер устанавливается на срок не более месяца. А в случае несоблюдения диеты пациент может погибнуть в результате осложнений (отека легких, гиперкалиемии и т. д.).

В результате мы получаем определенную **взаимосвязь**: проблемы с доступом и осложнения, полученные в результате несоблюдения рекомендаций по диете и пи-

тьевому режиму, приводят к ухудшению показателей качества жизни и психического здоровья, и, наоборот, психологические проблемы и снижение уровня качества жизни может приводить к так называемому «нон-комплаенсу», то есть к отказу от лечения и выполнения рекомендаций врача.

В связи с этим медсестра должна своевременно проводить инструктаж с больными по грамотной эксплуатации сосудистого доступа и соблюдению диеты и питьевого режима. Она должна быть компетентной в этой области, готовой ответить на все вопросы пациентов, своевременно проходить курсы повышения квалификации в области нефрологии и диализа.

Приведем пример подобной инструкции. Пациенту нужно в обязательном порядке объяснить, и впоследствии, при необходимости, объяснять правила эксплуатации сосудистого доступа:

1. **Нельзя носить тяжести в руке и вешать что-либо через руку, на которой наложен доступ.**
2. **Нельзя спать на руке, на которой наложен доступ.**
3. **Необходимо следить за сменой мест пункций на диализе.** Дело в том, что участки кожи, где проводились многократные пункции, становятся менее чувствительными, также по намеченным токам легче попадать в фистульную вену. Поэтому как у пациента, так и у медицинского персонала может возникнуть соблазн не отклоняться от намеченных мест пункции. Однако это неправильная позиция и от нее стоит отказаться. Многократные проколы одного и того же участка тканей (кожи и сосудистой стенки) приводят к их истончению, что увеличивает риск кровотечения и инфицирования. В таких местах часто образуются аневризмы – значительные расширения фистульной вены, которые имеют склонность к травматизации, инфицированию, тромбированию. Для предотвращения осложнений аневризмы приходится ушивать.
4. **Необходимо следить, чтобы повязка, накладываемая на фистулу после диализа, не сдавливала ее.**
5. **Необходимо следить за сохранением стерильности в ходе проведения процедуры гемодиализа.** При пункции фистулы нарушается целостность кожного покрова и стенки вены. Поэтому в зоне пункции создается зона относительной асептики (отсутствия микробов), это достигается тем, что кожа обрабатывается дезинфицирующим раствором, а рука укрывает-



ся стерильной салфеткой, следует попытаться сохранить эту зону чистой на протяжении всей процедуры гемодиализа. Обработка дезинфицирующим раствором будет более эффективной, если пациент войдет в диализный зал, предварительно тщательно вымыв предплечье с фистулой и вытерев насухо одноразовым полотенцем.

6. **Необходимо сообщить врачу об уменьшении или исчезновении «шума» над фистулой или появлении признаков инфекции.**

Диета и питьевой режим пациента

Немаловажным, даже жизненно важным фактором лечения является соблюдение пациентом специальной диеты и питьевого режима. Основные моменты, которые необходимо знать медицинским сестрам и объяснять пациентам гемодиализного отделения:

- **следует увеличить прием белка до 1,0–1,2 г на 1 кг веса в сутки, 70% этих белков должны быть животного происхождения.** Наиболее ценны мясо и яйца. Ценность таких продуктов, как творог, сыр, рыба, консервы, колбасы, в силу многих факторов для ГД больных снижается;
- **необходим строгий контроль за содержанием калия и натрия.**

Не рекомендуется употреблять мясные и овощные бульоны, в которых содержится много солей. Высокий уровень натрия является главной причиной артериальной гипертензии и некоторых других патологий у диализных больных. Поэтому употребление соли должно быть снижено до 6–8 г/сут. При приготовлении пищи следует замачивать овощи на ночь, а затем сливать воду, что заметно снижает содержание натрия и калия. Следует отказаться от таких продуктов, как бананы, виноград, курага, кабачки, соки, шоколад... Повышение уровня калия в крови может быть очень опасным и привести к остановке сердца. Единственным способом удаления калия является диализ, поэтому избежать

его повышения можно только с помощью ограничения его приема с пищей. Поступление калия не должно превышать 2 г в сутки;

• **необходимо контролировать содержание кальция и фосфора в крови и соблюдать диету, ограничивающую фосфор.**

К сожалению, при почечной недостаточности система, регулирующая минеральный обмен, дает сбой. Сначала из-за снижения функции почек начинает медленно увеличиваться уровень фосфатов в крови. Кальций и фосфор связаны между собой обратной связью: растет фосфор – падает кальций, и наоборот. Поэтому, а также в связи с ухудшением питания пациентов, уровень кальция в крови снижается. Паращитовидные железы реагируют на это повышением уровня паратгормона, что вызывает вымывание кальция из костей. Одновременно при разрушении кости в кровь выделяется много кальция и фосфатов. В такой высокой концентрации они уже не могут оставаться в крови растворимыми и «выпадают в осадок», то есть приводят к кальцификации:

- сосудов – это приводит к их избыточной жесткости, и, как следствие, к трудно-регулируемой артериальной гипертензии, ускорению прогрессирования атеросклероза с угрозой инсультов и инфарктов, стенокардии, перемежающейся хромоты и других заболеваний;
- сердца – развивается сердечная недостаточность, опасные нарушения ритма;
- ткани вокруг суставов – снижается подвижность суставов, движения становятся болезненными;
- кожи – фосфаты кальция, откладываясь в коже, способствуют развитию мучительного зуда;
- наиболее редким, но не менее опасным осложнением является кальцификация мелких артерий кожи, приводящая к нарушению трофики кожи и омертвлению ее участков, что может привести к незаживающим ранам, инфицирование которых в дальнейшем способствует развитию сепсиса.

Эта кальцификация может привести к опаснейшим осложнениям, поэтому очень важно не допускать слишком выраженного гиперпаратиреоза;

- необходимо ограничить прием жидкости в междиализный период.

Пациенту рекомендуется вести дневник суточного потребления жидкости, где учитывается не только потребление воды, но и ее содержание в овощах и фруктах. Междиализная прибавка веса должна составлять не более 4–5% от общей массы тела. Увеличение прибавки приведет к артериальной гипертензии, а удаление слишком большого объема воды затруднит проведение диализа и спровоцирует осложнения. При сильной жажде следует ополоснуть рот прохладной водой. Следует отказаться от употребления первых блюд, использовать посуду малого объема;

- общий калораж пищи должен составлять 30–35 ккал на кг веса.



Наиболее частые осложнения, встречающиеся на гемодиализе

Следует отметить, что осложнения, которые могут сопутствовать гемодиализу, существенно снижают качество жизни пациентов, поэтому медсестрам следует знать о них, вовремя распознавать и проводить меры по профилактике этих осложнений.

Наиболее частые из осложнений гемодиализа – это гипотония и судороги в мышцах.

Гипотония. Падение артериального давления происходит тогда, когда объем крови в сосудах недостаточный: вода из крови удаляется в диализирующий раствор быстро, а из межклеточной жидкости поступает медленно. В итоге сердцу нечем поднять давление в сосудах. Пациент начинает ощущать внезапную слабость, тошноту, потемнение в глазах и, в конечном итоге, теряет сознание. Не стоит ожидать, пока гипотония проявится полностью, при малейших, даже сомнительных признаках следует увеличить объем циркулирующей крови путем введения физиологического раствора либо ввести осмотически активные вещества, способствующие выводу воды из межклеточной жидкости. Такими веществами являются:

- гипертонический раствор NaCl 10%;
- концентрированный раствор глюкозы (с осторожностью при сахарном диабете);
- растворы полимеров глюкозы (более длительный, чем у глюкозы эффект).

Однако все эти способы лишь устраняют следствия гипотонии, а нам нужно убрать причину, то есть уменьшить скорость удаления жидкости.

Стоит помнить о том, что такие неблагоприятные факторы, как анемия, низкий уровень белка, сердечная недостаточность, диабет, гипотиреоз – увеличивают риск развития гипотонии во время гемодиализа.

Тем не менее основой профилактики гипотонии до сих пор является разумное потребление соли и воды.

Судороги. Для гемодиализного пациента типичными могут быть локальные судороги. Как правило, их причиной является дефицит объема крови и слишком быстрое перемещение воды и натрия между водными секторами тела – внутриклеточного, межклеточного и кровью. Возникновение судорог существенно учащается при достижении во время диализа веса, ниже «сухого». «Сухой вес» пациента – тот вес, к которому следует стремиться к окончанию сеанса диализа. На практике сухой вес достигается медленным понижением целевого значения от сеанса к сеансу: приближение к сухому весу приводит к улучшению течения артериальной гипертензии, исчезновению отеков, в конце диализа начинают появляться предвестники судорог и снижается давление. Это говорит о том, что следует остановиться и считать этот вес «сухим». Анемия и низкий уровень белка могут препятствовать достижению «сухого» веса.

Также одной из причин развития судорог на гемодиализе могут быть слишком быстрое удаление воды или натрия из кровотока, поэтому следует контролировать междиализную прибавку и потребление соли [5].

Заключение

Как видите, перед гемодиализным пациентом стоит серьезная задача. Нужно не просто посещать сеансы гемодиализа – требуется радикальная смена жизненного ритма и достижение абсолютного контроля над своим организмом.

Таким образом, медсестре диализного отделения приходится выполнять и руководящую, и воспитательную, и просветительную функцию. Врач не имеет возможности несколько раз объяснить больному одно и то же, его представителем, послом, является медицинская сестра, она берет на себя функцию «переводчика», многократно повторяя и объясняя пациенту слова и указания врачей. В силах медсестры помочь больному адаптироваться к новым условиям жизни и лечению.

ПАЦИЕНТАМ НУЖНА ПОДДЕРЖКА

В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ПРОШЛА НЕДЕЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

О.Ф. Гмырина

Заведующая кабинетом медицинской статистики и информатики ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница», член правления АМРАО.

Члены Ассоциации медицинских работников Архангельской области (АМРАО) ежегодно принимают участие в проведении Всемирного дня психического здоровья (World Mental Health Day), который отмечается с 1992 года 10 октября по инициативе Всемирной федерации психического здоровья (World Federation for Mental Health); в России – с 2002 года по инициативе академика Т.Б. Дмитриевой.

Целью Всемирного дня психического здоровья является сокращение распространенности депрессивных расстройств, шизофрении, болезни Альцгеймера, наркотической зависимости, эпилепсии, умственной отсталости и др. По данным ВОЗ, на планете уже около полутора миллиарда людей, страдающих психическими заболеваниями, а в западных странах каждый седьмой обследованный человек является либо параноиком/шизофреником, либо подвержен депрессиям и алкоголизму. Росту заболеваемости способствуют информационные перегрузки, политические и экономические катаклизмы и частые стрессы, которым способствует современная жизнь.

В Архангельской области День психического здоровья ежегодно отмечается с целью повышения информированности населения, открытого обсуждения психических расстройств и стимулирования инвестиций в их профилактику и лечение, а также в укрепление психического здоровья. В 2012 году девиз дня – «Депрессия: глобальный кризис».

Проведение мероприятий, посвященных Всемирному дню психического здоровья, в ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница» стало традицией. В этом году

была проведена большая подготовка мероприятий в больничных комплексах Талаги-1 и Талаги-2. Непосредственное участие в организационной работе приняла заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом больницы, член правления Ассоциации медицинских работников Архангельской области (АМРАО), член секции «Сестринское дело в психиатрии» РАМС О.А. Гузенко. В 2012 году она избрана президентом региональной общественной организации «Мост», оказывающей помощь лицам, страдающим психическими заболеваниями в Архангельской области, постоянными партнерами которого являются специалисты из Германии и других стран.

По традиции 10 октября в Архангельской областной клинической психиатрической больнице организовали «День свободных посещений»: родственники и друзья могли навестить своих близких, пообщаться с лечащими врачами, заведующими, представителями администрации больницы. Желающие могли получить консультацию психологов и социальных работников. Для пациентов и их родственников было организовано чаепитие. Консультации специалистов в этот день были доступны и по телефону горячей линии.

Клиенты кабинета социальной реабилитации и профилактики общественно-опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами (подразделения больницы, располагающегося в центре г. Архангельска), организовали выставку, на которой представили изделия, сделанные своими руками, – сумки, вязанные рукавички, прихватки, салфетки и многое другое. На протяжении многих лет продукция кабинета успешно представляется на творческих выставках в СГМУ и на ярмарках.

Заметным событием этого года стали мастер-классы «Плетение из

шерстяных ниток» и «Территория творчества», которые смогли посетить все желающие. Для пациентов и сотрудников хронических отделений были подготовлены концерт и спектакль. Была организована выставка картин сотрудника больницы В.Н. Марьямы.

В актовом зале Архангельской областной клинической психиатрической больницы представлена выставка картин из серии «Творчество душевнобольных», которую много лет назад впервые организовала профессор И.Д. Муратова и сегодня продолжают представлять учреждения, занимающиеся арт-терапией.

11 октября мероприятия, посвященные Дню психического здоровья, продолжились. Для пациентов и персонала психиатрической больницы состоялся концерт ансамбля народного танца «Коляда».

Вся неделя была посвящена психическому здоровью. К официальным поздравлениям присоединились студенты и сотрудники Северного государственного медицинского университета (СГМУ), которые шефствуют над детским отделением психиатрической больницы. Совместно с членами Ассоциации медицинских работников Архангельской области, представители вуза организуют для детей и сотрудников детского отделения праздники не только в День психического здоровья, но и в Международный день защиты детей, День знаний, Новый год и др. Маленькие пациенты всегда рады театральным постановкам, концертам и, конечно же, подаркам, собранным в ходе благотворительных акций, инициатором которых является президент АМРАО А.В. Андреева, ранее работавшая медицинской сестрой в психиатрическом стационаре.

«Депрессия: глобальный кризис» – девиз Дня психического здоровья в 2012 году

Сегодня она продолжает исследование по истории сестринского дела в Архангельской психиатрии, результат которого представляла на международных, отечественных и областных конференциях. Сотрудники музейного комплекса СГМУ под ее руководством уделяют особое внимание истории психиатрической помощи в годы 2-й Мировой войны в Баренц-регионе, о чем подготовлены презентации, получившие высокую оценку представителями норвежской, финской и шведской медицинских ассоциаций, специалистов психиатрического профиля и историков.

Пятый год во всех отделениях Архангельской областной клинической больницы проводится конкурс на лучшего сотрудника в номинации «Милосердие и профессионализм». Пациенты голосуют за сотрудника, обладающего не только высокими профессиональными навыками, но и душевной теплотой, сердечностью. 12 октября 2012 года состоялось награждение победителей. Ими стали врачи, медсестры и младший медицинский персонал отделений.

В октябре прошел конкурс информационных стендов «Депрессия: глобальный кризис», в ходе которого медицинскими сестрами были предложены новые оформительские идеи. Лучшие из них были отмечены памятными наградами Совета сестер и администрации учреждения.

Особо необходимо подчеркнуть активность медицинских сестер – членов АМРАО, участвующих в международных исследованиях. Так, в ходе российско-норвежского проекта представители нескольких учреждений защитили проекты по сестринскому делу в психиатрии. В 2011 году медицинские сестры ГБУЗ АО «АКПБ» представили сестринское исследование на тему «Стандартизация как основа качественной помощи пациентам в условиях психиатрического стационара». На конференции, посвященной заключительному этапу проекта «Лидерство и менеджмент в условиях изменения системы здравоохранения», 1 ноября 2012 года были представлены результаты нескольких исследований, среди которых презентация о Школе психического здоровья. Также большой интерес представляет тематика круглого

стола, запланированного для международной встречи «Лицом к пациенту. Деятельность медицинских сестер психиатрической службы», где примут участие специалисты Архангельской области и Норвегии. Круглыми столами, конференциями, выставками деятельность АМРАО не ограничивается – целый ряд изданий организации посвящены организации работы медицинских сестер психиатрической службы.

В планах секции РАМС «Сестринское дело в психиатрии» в 2014 году значится проведение в Архангельске все-российской конференции с международным участием «Сестринские исследования в психиатрии», где обязательно будут отражены мероприятия, которые проходят не только в День психического здоровья, но и в течение всего времени, так как они направлены на привлечение внимания общественности, обеспечение своевременной и адекватной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, преодоление негативного отношения к данной категории граждан. Надеемся, что мероприятие заинтересует многих специалистов.

КРИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ: КАЧЕСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Окончание. Начало см. на стр. 12

Равно как и в количественных исследованиях, публикации о проведенных качественных исследованиях должны начинаться с четкого и понятного описания цели и задач исследования. Отличительной же особенностью качественных исследований является отсутствие гипотез.

Надежны ли результаты?

Надежность исследований как количественных, так и качественных, определяется применением строгой научной методологии при планировании и проведении исследования. Большое значение при оценке надежности качественных исследований иг-

рает способ определения выборки и ограничений участия, числа участников и вида собранных данных.

Выборка (участники): определение участников исследования должно не только соответствовать тому, кого намерен изучить исследователь, но также удовлетворять требованиям аккуратности отбора и достаточности объема выборки. Рассмотрим эти критерии подробнее.

Первое. Выборка, как и при проведении количественных исследований, должна включать пациентов только интересующей исследование 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. Важно, как осуществляется сам отбор. В качественных исследованиях возможен отбор участников по принципу удобства или целенаправленный отбор, представляющие собой два разных типа нерандомизированного определения выборки. Удобная выборка формируется из участников, которые доступны для участия в исследовании. Целенаправленная выборка формируется тогда, когда исследователь ищет и выбирает участников, представляющих исследуемую популяцию. Методы отбора участников одинаковы в качественных исследованиях. Важно здесь то, что у всех участников либо имелся, либо имеется в настоящее время опыт в изуча-

емом явлении. При проведении исторического исследования также важно убедиться в том, что период опыта участника в изучаемом явлении совпадает с исследуемым историческим отрезком времени.

Третье. В качественном исследовании очень важен размер выборки, поскольку результаты исследования отражают собранные данные. Поэтому участники отбираются, рекрутируются и интервьюируются (если интервью применяется как способ сбора данных) до тех пор, пока не наступит момент, когда в результате интервью не появляется никаких новых данных. Этот момент носит название «насыщения данных» и означает, что исследователю более не стоит вести сбор данных от новых участников исследования, поскольку данные повторяются и другие участники исследования с аналогичным опытом уже поделились с исследователем всей информацией; ничего нового с наступлением этого момента исследователь уже не услышит. В среднем объем выборки качественных исследователей колеблется от 20 до 30 человек, однако если «насыщение данных» наступает уже на 16 участнике, значит, в этой выборке их будет именно 16.

Правильно ли велся сбор данных?

В большинстве качественных исследований сбор данных осуществляется методом интервьюирования участников о том, каков был или есть их опыт в переживании интересующего явления. Обычно в тексте публикации о качественном исследовании вы не найдете всех особенных вопросов, адресованных участнику, однако часто приводится краткий список «открытых» вопросов. Например, если исследователю важно узнать, каков был опыт госпитализированных детей при проведении болезненных процедур, в начале интервью задаются общие и вводные вопросы: «расскажите, как вы переживали болезненные процедуры». Затем, в зависимости от ответа ребенка, могут быть заданы уточняющие вопросы.

Описание процесса сбора данных часто включает информацию о том, где проходило интервью, сколько оно длилось, велась ли аудиозапись отве-

тов. В большинстве случаев интервью проводятся в спокойном месте, где ничто не может отвлечь респондента, а его слова записываются на диктофон. Интервьюер в дополнение к аудиозаписи делает собственные пометки, отмечая то, что не может быть зафиксировано диктофоном – контакт глаз, жесты, мимику, отражающие, например, трудности в понимании или в ответе на предложенный вопрос.

По окончании интервью проводится дословная транскрипция записи для последующего анализа. При проведении исторических исследований важно убедиться в том, что записи в дневниках, публикации или фотографии датированы именно тем периодом времени, который изучает исследователь. Если участники интервьюируются в рамках исторического исследования, важно убедиться в том, что именно они являются носителями опыта изучаемого явления. Указание на эти факты должно обязательно присутствовать в научной публикации.

Анализ данных

При анализе данных качественного исследования статистические методы почти не используются, исключение составляет только та статистика, которая отражает определение выборки. Тем не менее анализ данных качественных исследований проводится по точному алгоритму, включающему определение достоверности данных и достижение насыщения данных. Понятие достоверности данных качественного исследования обязательно применяется в его критическом анализе и включает в себя несколько критериев: убедительность, переносимость, функциональная надежность и подтверждаемость данных.

Убедительность (уверенность в том, что данные правдивы и правдоподобны) демонстрируется путем определения правильной выборки (участников исследования), обеспечения достаточности ее объема, для того чтобы сделать правильные выводы, а также путем обращения иссле-

дователя к своим коллегам, с тем чтобы, посмотрев на собранные данные, они могли подтвердить или опровергнуть сделанные исследователем выводы. Кроме того, исследователь с аналогичной просьбой обращается и к некоторым участникам исследования, которым предоставляются все собранные данные и которых также просят подтвердить или опровергнуть сделанные исследователем на основе этих данных выводы.

Переносимость, согласно публикации Линкольна и Губа, означает, что описание исследования содержит достаточно информации, для того чтобы незнакомый с этим исследованием специалист мог перенести его в свое учреждение и повторить. Например, если исследователь приходит к выводу о том, что дети школьного возраста предпочитают быть во время болезненных процедур в сопровождении родителей, может ли этот вывод быть перенесен на детей младшего или старшего возраста?

Функциональная надежность предполагает, что данные абсолютно надежны, что исследователем четко зафиксировано, как велся сбор данных, как были сделаны выводы исследования, исходя из полученных данных. Для определения функциональной надежности используется аудит (оценка ведения письменной документации о мероприятиях качественного исследования).

И, наконец, подтверждаемость, свидетельствующая о том, что данные отражают информацию, представленную участниками исследования, а выводы отражают данные, устанавливаемые посредством передачи исследования лицу, в нем не задействованному, с тем чтобы им было вынесено суждение о том, что данные основаны на собранной информации, а выводы действительно основаны на данных.

Часто при изложении результатов качественных исследований исследователи суммируют данные по группам/темам, а также включают отдельные цитаты из интервью с участни-

Идеальных исследований не существует. В любом исследовании есть свои слабые и сильные стороны

ками исследований, чтобы проиллюстрировать, на каком основании были сделаны те или иные выводы. Например, если одной из тем исследования стало предпочтение ребенка быть во время болезненной процедуры в сопровождении родителей, этот вывод стоит сопроводить цитатой из слов ребенка: «когда мама рядом, мне не так страшно и не так больно... мама помогает мне медленнее дышать, и от этого боль проходит...».

Как результаты исследования соотносятся с результатами исследований, проведенных ранее?

При анализе качественных исследований часто бывает, что результаты ранее проведенных исследований не могут быть представлены для сравнения, поскольку таких исследований не проводилось. Тем не менее для соотнесения результатов могут быть использованы аналогичные или похожие исследования, которые, несмотря на разность информации, все же могут рассматриваться в качестве точки отсчета. Например, если в ранее опубликованных исследованиях говорилось о том, что взрослые пациенты не хотят, чтобы их родственники присутствовали во время болезненных процедур, а новое исследование о детях свидетельствует, что им нужны родители во время таких процедур, сопоставление результатов оправданно. Такое сопоставление будет нести информацию о том, что восприятие присутствия близких во время болезненных процедур у взрослых и детей отличается. Новое исследование будет, таким образом, противоречить предыдущему, но авторы исследования напомним читателям о разных популяциях пациентов и ценности выводов нового исследования для новой популяции. Если же имеется предыдущее исследование о том, что малыши и дети дошкольного возраста предпочитают быть с родителями во время взятия крови на анализ, а новое исследование говорит о том, что дети школьного возраста предпочитают проведение болезненной перевязки, новое исследование подтвердит, что дети во время болезненных процедур нуждаются в присутствии родителей, несмотря на то что процедуры проводятся разные.

Как полученную информацию применить на практике?

Относительно всех клинических исследований важно ответить на вопрос о том, могут ли их результаты быть внедрены в практику, способны ли они улучшить ее. К качественным исследованиям чаще всего прибегают в том случае, если стоит задача приступить к созданию новых знаний, поскольку в интересующей исследователя области сохраняется множество неизученных моментов. Размышляя над возможностью применения результатов таких исследований на практике, важно определить, имеете ли вы дело с аналогичной популяцией пациентов. Кроме того, результаты качественного исследования помогут медицинским сестрам узнать больше о различных ситуациях пациентов, позволят продумать варианты использования новых знаний в будущем. В этом смысле результаты качественного исследования способны поддержать исследовательский интерес у практикующих медсестер и стремление к применению результатов исследований для повышения качества сестринского ухода.

Выводы и заключение

В рамках этой и предыдущей публикации мы остановились на критериях критического анализа научных исследований (публикаций научных статей), которые применяются для определения того, является ли искомое исследование надежным, релевантным и применимым. При этом важно помнить – идеальных исследований не существует. В любом исследовании есть свои слабые и сильные стороны. Отчасти критический анализ исследований и направлен на определение тех самых слабых и сильных сторон исследования и решение о том, достаточно ли убедительны сильные стороны исследования, чтобы его результаты могли быть внедрены на практике.

Критическая оценка исследования – это третий этап на пути внедрения доказательной практики. Эту работу может выполнить либо одна медицинская сестра, либо коллектив, например, профессиональный комитет

ЛПУ. Последнее предпочтительней, так как весь объем работ будет разделен на нескольких человек. Преимуществом станет так же и возможность обсуждения между разными специалистами того, насколько исследование отвечает критериям надежности, релевантности и применимости. В том случае, когда исследование рассматривается в качестве надежного и релевантного, встает вопрос о внедрении его результатов в свою практику. О том, как реализовать этот шаг, мы расскажем в одной из следующих публикаций рубрики.

Вопросы, требующие ответа в процессе критической оценки результатов качественного 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 исследования	Да	Нет	Неизвестно
Была ли цель исследования сформулирована четко?			
Соответствует ли дизайн вопросу исследования?			
Правильно ли определена выборка?			
Является ли размер выборки достаточным?			
Правильно ли велся сбор данных?			
Отвечает ли анализ данных критериям достоверности: достоверности, переносимости, функциональной надежности и подтверждаемости?			
Являются ли результаты исследования клинически значимыми?			
Могут ли результаты быть внедрены в практическую работу?			

Обмен опытом в сестринском деле как один из факторов повышения качества сестринской помощи



■ **Кулябина Ольга Владимировна,**
методист бюджетного
образовательного учреждения
Омской области «Центр повышения
квалификации работников
здравоохранения».

*Опыт и наблюдение –
таковы величайшие источники мудрости,
доступ к которым открыт для каждого.
Чэннинг «Афоризмы».*

Современная система здравоохранения характеризуется тенденциями, требующими оптимизации процессов накопления знаний и использования передового опыта как основного источника инноваций. Это касается не только обновления содержания и методов оказания медицинской помощи, но и организации деятельности структурных подразделений и медицинской организации в целом.

Ведущая роль в этом процессе принадлежит обмену опытом, который способствует широкому и быстрому распространению новых профессиональных компетенций по внедрению современных технологий в практическую деятельность.

Задаче обмена опытом немалое внимание уделяется профессиональными сестринскими ассоциациями – проводятся круглые столы, семинары, мастер-классы, тренинги, конференции. Есть у нас и периодические издания, и методическая литература; на базе интернет-форумов активно развиваются

и новые формы обмена профессиональным опытом, создающие предпосылки для стирания любых барьеров в общении специалистов и распространении инноваций. Тем не менее масштабы реальных инновационных перемен остаются недостаточными. Причин может быть несколько; заметается, среди них могут быть и финансовое обеспечение сестринских служб, и мотивация персонала. Мы же решили проанализировать методические основы обмена опытом. Быть может результатом этого анализа станет наше более осмысленное отношение к такому обмену, как к непрерывной серьезной деятельности, вести которую следует с опорой на определенные правила.

Изучение различных ведомственных нормативных правовых документов, а также научной литературы показывает, что понятие «передовой опыт» пока еще четко не определено, а отсутствие единообразия в научных подходах создает серьезные трудности в его своевременном выявлении и внедрении.

Практически не создана теоретическая база, а также практика изучения, описания, обобщения, распространения и внедрения передового опыта как в здравоохранении в целом, так и в сестринском деле в частности.

В настоящее время можно найти множество определений термина «опыт», но чаще всего под ним понимают совокупность знаний, умений, навыков, приобретенных в процессе жизни, практической либо мыслительной деятельности, испытанная на практике.

В сестринском деле «Передовой опыт» можно рассматривать как новые или улучшенные технологии, методы работы, формы деятельности сестринского персонала, дающие стабильно высокий результат, соответствующий требованиям современного здравоохранения.

Распространение опыта (обмен опытом) – комплекс мероприятий, до

статочных по объему и содержанию, обеспечивающих преемственность инновационных и передовых разработок, для их внедрения в практическую деятельность.

Целью обмена опытом в сестринской практике является повышение качества сестринской помощи посредством внедрения современных сестринских технологий.

Следует подчеркнуть, что не все новое можно расценить как передовой опыт, даже при широком применении каких-либо технологий, форм, методов и приемов. О передовом опыте можно говорить только после его комплексного изучения, проведения анализа успехов и неудач, отделения случайного от существенного, то есть рационального осмысления полученных результатов внедренческой деятельности.

Существуют различные виды опыта:

1. по степени новизны: инновационный, модифицированный, комбинированный.



Под инновацией (нововведением) следует понимать результат творческой деятельности, направленной на разработку, создание и внедрение совершенно новых видов изделий, технологий, организационных форм деятельности и т. д. Инновация – это не всякое новшество или нововведение, а только такое, которое разработано (создано) впервые и серьезно повышает эффективность действующей системы или процесса. Соответственно инновационный опыт – это совершенно новый, впервые примененный способ действий (механизм, технология и т. д.).

Модифицированный – ранее существующий опыт, который подвергся значительным изменениям, которые позволили существенно улучшить результаты деятельности.

Комбинированный опыт содержит элементы инновационного и модифицированного.

2. по объекту применения:

- теоретический, когда создана (разработана) теоретическая модель чего-либо;
- практический (технологический, организационный), когда передаются технологии, процессы, организационные механизмы деятельности, системы обучения и т. д.).

3. по масштабу или уровню распространения (обмена):

- внешний (международный, федеральный, региональный, муниципальный);
- внутренний (учрежденческий).

Очевидным преимуществом передачи опыта является так называемый «положительный перенос знаний», то есть специалисты будут использовать уже апробированный, обобщенный результат деятельности с доказанной эффективностью.

Необходимо отметить, что особой ценностью обмена опытом является то, что он является одной из форм непрерывного образования, и основывается на обучении непосредственно в процессе профессиональной деятельности, то есть без отрыва от производства. Зачастую такой неформальный подход во многом более эффективен, чем формальное обучение.

Существуют различные формы распространения передового опыта:

1. Устная (симпозиумы, конгрессы, конференции, семинары, круглые столы).

2. Печатная (методические пособия, статьи).

3. Практическая (мастер-классы, стажировка на рабочем месте и т. д.).

Передовой опыт, в том числе и в сестринском деле, должен основываться на следующих принципах:

- **Актуальность** – соответствие тенденциям развития современной системы здравоохранения и социальному заказу.
- **Высокая эффективность** – эффективность, соотношение достигнутых результатов и использованных ресурсов (оптимальное использование кадровых и материальных ресурсов).
- **Результативность** – результаты должны значительно отличаться от общепринятых, традиционных методик и способствовать повышению качества медицинской помощи.
- **Научная обоснованность** – разработки, основанные на существующих знаниях, полученных в результате научных исследований и (или) практического опыта, и направленные на создание новых технологий, внедрение новых процессов, систем и услуг или значительное усовершенствование уже существующих.
- **Творческая новизна** (новые или существенно модифицированные содержание, формы, методы, технологии).
- **Перспективность** (возможность дальнейшего развития, передачи опыта).
- **Репрезентативность** (достаточная проверка опыта временем, возможность внедрения в др. учреждениях здравоохранения).
- **Стабильность результатов** (достижение высоких положительных результатов на протяжении длительного времени).

Очень важно, чтобы полученный передовой опыт имел не только широкое распространение, но и внедрялся в других медицинских организациях.

Согласно словарю Ожегова: «Внедрение – это использование в производстве, в практике результатов каких-либо исследований, экспериментов».

Для внедрения передового опыта в сестринском деле необходим ряд условий:

- потребность медицинской организации;
- заинтересованность и поддержка администрации;
- наличие необходимой материально-технической базы;
- создание организационных механизмов для внедрения чего-либо;
- соответствующий кадровый ресурс (необходимая для внедрения укомплектованность кадров, профессиональная подготовка персонала, мотивированность на новый вид деятельности).

Внедрение передового опыта:

- способствует широкому и быстрому распространению новых профессиональных знаний и внедрению передовых технологий в практическую деятельность;
- развивает ключевые профессионально-психологические компетенции специалистов;
- расширяет и обновляет творческие и деловые контакты в рамках социального партнерства;
- является неотъемлемой частью системы непрерывного образования;
- повышает креативность и самореализацию сестринского персонала;
- повышает качество работы сестринского персонала лечебно-профилактического учреждения.

Для создания системы обмена опытом в сестринском деле необходима большая организационная работа, включающая:

- обучение руководителей сестринских служб анализу, описанию, презентации собственного передового опыта;
- создание «банков передового опыта в сестринском деле» различных уровней (учрежденческом, муниципальном и региональном);
- формирование у руководителей сестринских служб ценностной ориентации на изучение лучших практик, мотивация на поиск и использование инноваций.

Возможность перенимать и внедрять опыт своих коллег по профессии имеет серьезное практическое значение для улучшения качества сестринской помощи.

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ И ПАЦИЕНТЫ – ВМЕСТЕ ПРОТИВ РАКА

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ПРОЕКТ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В Г. СЕВЕРОДВИНСКЕ

■ Чернокрылов Александр Федорович,
руководитель проекта «Медицинские сестры и пациенты – вместе против рака».

АРОБО «Триединство» из города Северодвинска занимается социально-психологической поддержкой детей и взрослых, перенесших онкологические заболевания; свыше 15 лет является членом международных организаций пациентов – ИССРО и ЕСРС.

В 2012 году проект «Триединства» наряду с проектом РАМС выиграл в конкурсе грантов фонда Бристол-Майерс Сквибб и получил финансовую поддержку. Победа досталась нелегко – на нее претендовали 70 российских проектов!

12 октября в ходе Всероссийского форума медицинских сестер церемония вручения грантов, с пожеланиями успеха в реализации намеченных планов к огромной аудитории медицинских сестер обратились Кэтрин Граймс, директор Фонда, и Борис Афанасьев, директор Института детской гематологии и трансплантологии имени Р.М. Горбачевой.

Проект АРОБО «Триединство» предусматривает создание Центра патронажной помощи и открытие телефона «горячей линии» для пациентов, их близких и тех жителей города, которые хотели бы внести в проект свой вклад. Медицинские сестры, пройдя углубленную подготовку, будут обучать пациентов, их родственников и волонтеров приемам ухода и релаксации, привлекать их к участию в работе групп само- и взаимопомощи. Кстати, такое обучение медицинские сестры – участники проекта уже прошли; их преподавателями стали профессор М.Ю. Вальков, психологи М.В. Попова и В.В. Загурская, заведующая методическим кабинетом онкодиспансера – Т.В. Барабанова. 1 ноября телефон «горячей линии» был открыт. На следующем



этапе проекта медицинские сестры онкологической службы будут проводить обучение сестер общей практики. Знания об особенностях ухода за пациентами с онкопатологией должны стать доступными.

15 октября директор фонда Бристол-Майерс Сквибб Кэтрин Граймс после участия во Всероссийском форуме, прибыла в Северодвинск для ознакомления с ходом реализации проекта. Программа пребывания была очень насыщенной, гостя познакомилась с участниками проекта, его партнерами, узнала об отношении пациентов к реализации этой инициативы.

По дороге в Северодвинск состоялась встреча с заместителем министра здравоохранения области А.М. Кавериним, главным внештатным специалистом по управлению сестринской деятельностью Н.Н. Зинченко. В СГМУ прошла встреча с президентом Ассоциации медицинских работников Архангельской области А.В. Андреевой, корреспондентами газеты «Медик Севера» и посещение Музея истории медицины и Архангельской международной школы общественного здоровья.

В центре «Остров Надежды» г. Северодвинска Кэтрин встретила с членами координационного комитета проекта, пациентами и партнерами. Г-жа Граймс рассказала о миссии фонда, его обширной работе, направленной на изменение моделей оказания медицинской помощи, повышение доступности и качества лечения и сестринского ухода.

Сегодня Фонд реализует программы по борьбе со СПИДом в Южной Африке, с гепатитами В, и С в Индии и Китае, с сахарным диабетом в Китае и Индии, программы помощи душевно больным в США. Особенный интерес вызвали программы по борьбе с онкологическими заболеваниями, которые фонд осуществляет в Центральной и Восточной Европе. Оказывается, всю эту работу ведут всего 9 человек.

Встреча проходила в теплой и непринужденной атмосфере, за круглым столом выдвигались интересные идеи, тут же разраба-

тывались способы их осуществления. Так, реальностью может стать обучение 1–2 медсестер проекта современным подходам к решению проблемы боли в Международном центре борьбы с болью, участие медсестер в международных конференциях.

Следующий день визита в Северодвинск оказался не менее насыщенным – в горбольнице № 2 К. Граймс не могла сдержать восхищения от посещения оперблока и отделения гемодиализа. По ее мнению, они не уступают уровню больниц в США. Особое значение имела встреча с мэром города М.А. Гмыриным, который принял личное человеческое участие в осуществлении визита. К. Граймс поблагодарила главу города за то внимание, которое уделяется городской администрацией для поддержки благотворительности в городе в целом и проекту помощи онкологическим больным в частности.

Вечером состоялось событие, ради которого и приехала к нам директор фонда Бристол-Майерс Сквибб – встреча с непосредственными исполнителями проекта. Сразу можно сказать, что встреча удалась: в череде вопросов и ответов переводчик не последал за диалогом. Но главным было видно и без перевода – люди готовы работать, они мотивированы и целеустремлены, они хотят многому научиться, делиться знаниями с другими. Трудно представить, что еще месяц назад многие из собравшихся не знали друг друга и считали, что попали в проект «случайно». После состоявшейся встречи директор фонда Кэтрин Граймс не сомневается, что проекту предстоит большое будущее.

Проект набирает силу и продолжает собирать партнеров. Присоединяйтесь, работы хватит на всех!

В заключение хотелось бы поблагодарить партнеров, уже много сделавших для проекта и организовавших прекрасную встречу представителя фонда – это Администрация города Северодвинска, руководство ЦМСЧ-58 и городской больницы № 2, управление ФСБ и УФСМ.



НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОПЕРАЦИОННОМ БЛОКЕ



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

Сегодня, будучи одним из передовых учреждений хирургии суставов, НИИ им. Р.Р. Вредена проводит: эндопротезирование крупных суставов конечностей; диагностическую и лечебную артроскопию; реконструктивные микрохирургические операции; лечение заболеваний и травм позвоночника и другие виды современных операций.

С 2009 года по настоящее время в оперблоке института проводится реконструкция. Появились операционные залы, оснащенные хорошей вентиляцией (ламинарные потоки воздуха над операционным полем), регулируемый климат в операционном зале, консоли для электрооборудования и газоподачи. В каждой предоперационной установлены мощные дезинфекционные машины для обработки инструментов. Это очень облегчило труд операционной сестры. Оба операционных блока оснащены аппаратами холодной плазменной стерилизации, что позволяет стерилизовать и сохранять delicate и дорогие инструменты (эндохирургические, микрохирургические и нейрохирургические инструменты).

Компьютерная навигация при эндопротезировании коленного сустава

С 2008 года через учебный отдел института на курсах повышения квалификации обучено свыше 60 медицинских операционных сестер. У нас имеются программы совершенство-



Своим созданием Ортопедический институт обязан инициативе и большой настойчивости одного из крупнейших ортопедов своего времени, доктора медицины Карла Христофоровича Хорна. В 1906 году первым директором института был назначен профессор Р.Р. Вреден – выпускник Императорской академии, опытный общий хирург, основоположник оперативной ортопедии в России и талантливый педагог.

Ко времени открытия главное здание имело три этажа. На первом этаже были размещены приемное отделение, изолятор, протезно-ортопе-

дические мастерские, кухня и общежитие для обслуживающего персонала, на втором – амбулатория, аптека, рентгеновский кабинет, библиотека, квартира директора и три комнаты для младших ассистентов, на третьем этаже – стационар из 13 палат, операционный блок, две перевязочные и общежитие для сестер милосердия. Между вторым и третьим этажами располагался гимнастический зал, а над третьим этажом – церковь с колокольней, использовавшаяся в свободные от службы часы как аудитория. Вокруг здания института был разбит великолепный сад.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ОПЕРАЦИОННЫХ СЕСТЕР:

- подготовка операционной, членов хирургической бригады, хирургических инструментов, белья, шовных и перевязочных материалов, аппаратуры;
- контроль за своевременностью транспортировки пациентов, а также за движением членов хирургической бригады в соответствии с зонами стерильности в операционном блоке;
- обеспечение инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала;
- обеспечение соблюдения правил асептики и антисептики всем персоналом, находящимся в операционной;
- контроль за стерилизацией белья, перевязочного и шовного материалов, инструментов и аппаратуры для проведения операции (коагуляторы, хирургические отсосы, силовые инструменты и др.);
- своевременное и качественное ведение документации операционного блока;
- соблюдение требований охраны труда, техники безопасности, противопожарной безопасности при эксплуатации помещений, оборудования и оснащения, а также морально-правовых норм и требований трудовой дисциплины;
- контроль за своевременным направлением на гистологическое и бактериологическое исследование биологического материала, взятого во время операции у пациентов.



вания, как индивидуального обучения, так и группового обучения. К нам зачастую приезжают врачи со своими операционными сестрами из разных регионов России.

На протяжении последних десятилетий в травматологии и ортопедии прослеживается четкая тенденция повышения точности хирургических манипуляций для достижения наилучших результатов лечения пациентов. В настоящее время многие виды оперативного лечения, например, остеосинтез переломов, эндовидеохирургия, эндопротезирование суставов, превратились в сложный технологический процесс, на каждой стадии которого хирург нуждается в специализированных технических средствах, позволяющих дополнительно контролировать точность своих действий. Современные комплекты для первичного тотального эндопротезирования коленного сустава состоят из 5–6 контейнеров с инструментами, а при ревизионных операциях количество увеличивается до 9–10.

Для операционной медсестры эти операции по времени увеличиваются на 30–40 минут, но это оправдывает затраты по времени, облегчает ориентацию резервных блоков (особенно при малоинвазивных доступах), не требует вскрытия костно-мозговых каналов и применения интрамедуллярных направлятелей, что нивелирует риск развития жировой эмболии.

Каких-либо специфических осложнений, связанных с применением компьютерной навигации во время тотального эндопротезирования коленного сустава, выявлено не было. Таким образом, хотя компьютерная навига-

ция в эндопротезировании коленного сустава в настоящее время еще продолжает свое развитие и совершенствование как в отношении программного обеспечения, так и конструктивных особенностей инструментов, широкое клиническое применение данных систем, безусловно, оправдано.

В институте каждое отделение имеет закрепленный за ним операционный зал (всего в институте 27 операционных). Операционные сестры закрепляются за отделениями на период от 1 до 3 лет. Затем происходит ротация медсестер, что позволяет использовать и применять взаимозаменяемость на время отсутствия основной операционной сестры. За каждым залом закреплено 2 операционных сестры в связи с полным отсутствием младшего медицинского персонала. В штате имеется бригада уборщиц, которые приходят во второй половине дня для уборки помещений и выноса хирургических отходов. В отделении все операционные сестры каждые 5 лет повышают квалификацию путем проведения обучающих семинаров, курсов повышения квалификации, которые проходят при взаимодействии с учебно-методическим отделом нашего института и активной помощи заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом Головатюк Светланы Серафимовны.

Для качественного обеспечения сложных операций расстановка операционных медицинских сестер осуществляется в соответствии с их профессиональным уровнем.

После реконструкции отделения появились помещения полусвободной зоны:

- мужской и женский санпропускники, с раздельным входом и выходом, душевыми кабинками и обязательным переодеванием в одноразовые костюмы (выход в этом костюме за пределы операционного блока запрещен);
- комната материально-инструментальная для заправки биксов, инструментальных наборов, хранения растворов из аптеки, работа с документацией, подготовка к предстоящему операционному дню;
- упаковочно-стерилизационный блок, где находятся автоклавы с автоматической программой стерилизации (станки и столы для упаковки инструментальных наборов с упаковочным материалом). Разработаны алгоритмы работы операционной сестры, что обеспечивает стандартизированный подход в обеспечении оперативных вмешательств на суставах.

Операционные сестры освоили и применяют только современный атравматический шовный материал с антибактериальным покрытием и современный гемостатический материал. В оперблоке весь персонал использует средства индивидуальной защиты: экранизированные маски, очки, одноразовое белье, 1 раз в год весь оперблок проходит диспансерное обследование, без которого нет допуска работы в оперблоке.

Текущей в кадровом составе оперблока практически нет – работа нравится каждому, кто однажды сюда пришел.



m

MEIKO

моюще-дезинфицирующие машины для суден и уток

Немецкие машины МЕЙКО в автоматическом режиме менее чем за 8 минут освобождают, чистят, дезинфицируют и сушат судна и утки.

Такая производительность и отсутствие у персонала контакта с предметами ухода за больными во время обработки ощутимо повышает санитарно-эпидемиологический уровень в отделениях.

Огромный выбор моделей и стоимость от 390 тысяч руб. - все это машины МЕЙКО!



Представитель в России:
МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ ВИТА-ПУЛ
(495) 514-19-00, 514-19-07
www.vitapool.ru

ПРЕДМЕТЫ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБРАБОТКЕ

Внутрибольничные инфекции (ВБИ) – сложное собирательное понятие, включающее различные группы инфекционной патологии, объединяемые по месту инфицирования, происходящего в ЛПУ. На современном этапе развития медицины известны более 300 возбудителей инфекционных болезней, которыми могут инфицироваться и заболевать как пациенты при основной патологии, так и медицинский персонал в стационарах.

Клинически ВБИ проявляются, в основном, синдромами нагноений и септических поражений. Наиболее часто возбудителями внутрибольничных инфекций являются резистентные к антибиотикам штаммы кишечной палочки, золотистого стафилококка, синегнойной палочки, протей, кишечной палочки, вируса гепатита А, клебсиелл, грибов кандиды. Именно эти патогены наиболее часто обнаруживаются на предметах по уходу за больными (судах, мочеприемниках и т. д.).

Анализ имеющихся данных показывает, что в структуре ВБИ, выявляемых в крупных многопрофильных ЛПУ, гнойно-септические инфекции (ГСИ) занимают ведущее место, составляя до 75–80% от их общего количества. Наиболее часто ГСИ регистрируются у больных хирургического профиля, в особенности в отделениях неотложной и абдоминальной хирургии, травматологии и урологии. Основными факторами риска возникновения ГСИ являются: увеличение числа носителей штаммов резидентного типа среди сотрудников ЛПУ, формирование устойчивых госпитальных штаммов, увеличение обсеменности окружающих предметов, предметов по уходу за больными и рук персонала, несоблюдение правил ухода за больными и т. д.

Другая большая группа ВБИ – кишечные инфекции. Они составляют в ряде случаев до 7–12% от общего количества заражений. Среди кишечных инфекций преобладают сальмонеллезы. Регистрируются сальмонеллезы в основном (до 80%) у ослабленных больных хирургических и реанимационных отделений, перенесших обширные полостные операции или имеющих тяжелую соматическую патологию. Выделяемые от больных и с объектов внешней среды штаммы сальмонелл отличаются высокой антибиотикорезистентностью и устойчивостью к внешним воздействиям. Основным путем передачи возбудителя в условиях ЛПУ является контактно-бытовой, в том числе через предметы по уходу за больными.

Все это очевидным образом свидетельствует о важности внедрения систематического, контролируемого и стандартизованного подхода к дезинфекционной обработке предметов по уходу за больными, которая в данное время в подавляющем боль-

шинстве ЛПУ страны осуществляется низкоквалифицированным младшим медицинским персоналом вручную. Осознавая значимость данной проблемы, в 2010 году Роспотребнадзор утвердил СанПиН 2.1.3.2360–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», в котором четко регламентируется необходимость закупки лечебно-профилактическими учреждениями оборудования для мойки и дезинфекции предметов по уходу за больными.

Реализация требований нового СанПиН становится возможной благодаря проекту партии «Единая Россия» «Качество жизни (здоровье)», направленному на модернизацию системы здравоохранения. В рамках этой программы до 2012 года правительством РФ выделено 460 млрд рублей, из которых самая большая сумма, 300 млрд рублей, будет потрачена на ремонт медицинских учреждений и закупку нового оборудования.

Поскольку на сегодняшний день отечественная промышленность не выпускает оборудования для обработки предметов по уходу за больными, изучению подлежат предложения зарубежных производителей, среди которых одним из безусловных лидеров представляется немецкая компания МЕЙКО (MEIKO Maschinenbau GmbH), которая свыше 70 лет специализируется на производстве автоматических моеюще-дезинфицирующих машин для суден и уток.

Такая продолжительная специализация производителя в разработке автоматических систем для мойки и дезинфекции предметов по уходу за больными, безусловно, выражается в исключительной эффективности и надежности машин серии TopLine, а также в технологической отточенности процесса обработки, подтвержденной экспертными учреждениями Германии, Европейского союза и Российской Федерации.

На практике это выглядит следующим образом: использованные предметы по уходу за больными вместе с их содержимым устанавливаются на рабочий каркас, дверь герметичной камеры закрывается, и после нажатия кнопки пуска в течение всего 5 минут происходит автоматическая утилизация фекально-мочевых смесей в канализацию, тщательная мойка емкостей снаружи и внутри, их термическая дезинфекция, ополаскивание, охлаждение и сушка. При этом благодаря полной автоматизации процесса результат обработки становится стандартизованным, воспроизводимым и контролируемым.

Таким образом, моеюще-дезинфицирующие машины МЕЙКО оперативно осуществляют не только свою прямую задачу – мойку и дезинфекцию суден и уток, прерыва-

вая тем самым цепочку распространения ВБИ, но и ощутимо снижают затраты ЛПУ за счет высвобождения значительной части штата младшего медицинского персонала, сокращения количества предметов по уходу за больными благодаря их высокой оборачиваемости, а также снижения количества инфицированных сотрудников ЛПУ, вызванных контактным (ручным) способом обработки инфицированных объектов.

Более того, опосредованным образом мы можем рассматривать оборудование МЕЙКО в качестве инструмента маркетинга для повышения привлекательности ЛПУ на рынке медицинских услуг. Несомненно, автоматы TopLine, установленные в платных и VIP-палатах, не только послужат доказательством серьезного подхода руководства клиники к вопросу безопасности больных и персонала, но и ощутимо повысят уровень комфортности именно тех пациентов, мнение которых непосредственно влияет на рейтинг учреждения.

Продолжительное и успешное присутствие компании МЕЙКО на отечественном рынке в сотрудничестве с официальной эксклюзивным дистрибьютором МЕДИЦИНСКОЙ КОМПАНИЕЙ ВИТА-ПУЛ предоставляет российским ЛПУ целый ряд очевидных преимуществ:

- 1) формирование ценовой политики происходит с учетом местных условий, что ставит автоматы TopLine в преимущественное положение по сравнению с аналогичной продукцией, например, американского или китайского производства;
- 2) оборудование МЕЙКО адаптировано под российского потребителя за счет русификации системы управления;
- 3) в результате соответствующих испытаний автоматы TopLine получили все необходимые разрешительные документы для реализации в медицинские учреждения на территории РФ;
- 4) квалифицированный, проходящий регулярные стажировки на производственных площадках в Германии инженерный персонал ВИТА-ПУЛ, а также склад запчастей обеспечивают оперативный технический сервис оборудования МЕЙКО по всей стране;
- 5) многолетний опыт производителя и впечатляющий модельный ряд позволяют предлагать не только отдельные автоматы, но и комплексные решения по обеспечению госпитальной гигиены и оснащению санитарных помещений с учетом специализации и индивидуальных особенностей ЛПУ.

Без сомнения, все это делает моеюще-дезинфицирующие машины TopLine предметом выбора в качестве ключевого элемента неспецифической профилактики внутрибольничных инфекций.

**Официальный дистрибьютор
MEIKO Maschinenbau GmbH в России:
МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ
ВИТА-ПУЛ**

ЛЕСНЫЕ ПОЖАРЫ

ПАТРОНАЖНАЯ МОБИЛЬНАЯ БРИГАДА РАБОТАЕТ НА ОПЕРЕЖЕНИЕ СИТУАЦИИ



■ Л.А. Ващук,

главная медицинская сестра
МБУЗ «Центральная районная
больница» Тисульского района
Кемеровской области

СИТУАЦИЯ С ПОЖАРАМИ

«Готовь сани летом», гласит народная мудрость. Перефразируя ее, предлагаем всем руководителям медицинских служб задуматься над перспективой предстоящего лета заблаговременно, пока необъятные просторы России покрыты глубокими сугробами и, воспользовавшись опытом Кемеровской области, запланировать создание мобильных патронажных служб.

Минувшим летом значительная часть территории нашей страны попала в зону чрезвычайной ситуации – лесные пожары, вплотную приближавшиеся к населенным пунктам, в том числе крупным городам, в очередной раз подвергли население не только испытанию на прочность, но и повышенному риску заболеваемости и смертности. Исключением не стала и Кемеровская область, окруженная кольцом пожаров. Во-первых, стояла жара, которая сама по себе является испытанием для людей со многими заболеваниями. Во-вторых, смог, мучивший жителей. Даже менявшийся направление ветер не менял ситуацию: потому что Тисульский район находится на севере Кемеровской области – от нас недалеко до Томской и Новосибирской областей и до Красноярского края. Концентрация вредных веществ в атмосфере превышала допустимые нормы. Люди дышали угарным газом. Кроме этого, смог принес и взвешенные частицы, различные продукты горения – смолы, сажу, обладающие канцерогенными свойствами. Вдыхание такого воздуха равносильно выкуриванию двух пачек сигарет в день.

Дымный смог оказал вредное воздействие на всех, в том числе на детей, пожилых людей и тех, кто страдает хроническими заболеваниями органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, аллергиков. Людям с пороками сердца и легких, больным с хроническим бронхитом, астмой, эмфиземой легких, больным сахарным диабе-

том было очень тяжело. Количество обратившихся за помощью к врачам поликлиники, «Скорой помощи» возросло в разы. Об этом говорит статистика вызовов «Скорой помощи» и экстренных госпитализаций: случаев обострения, рецидивов и сердечных заболеваний стало больше. Впрочем, смог стал причиной одышки, затруднения и остановки дыхания, тахикардии, головных болей, кашля и у вполне здорового человека. Он вызывает воспаление слизистых оболочек глаз (конъюнктивиты), носа и гортани (аллергический ринит, кашель и першение), снижение иммунитета, воздействуя на организм через слизистые и кожу. Очень негативно сказывается пребывание на задымленной территории на состоянии беременных, вынужденно подвергающих токсическому воздействию и себя, и своего ребенка.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выделила основные последствия лесных пожаров, связанные со здоровьем и смертностью человека. Различают острое и хроническое воздействие на здоровье.

Острое воздействие природных пожаров на здоровье:

- ожоги;
- воздействие дымки/дыма лесного пожара может приводить к повышенной ежедневной смертности;
- может возрастать число заболевших бронхиальной астмой и респираторными болезнями, число случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний;
- может возрастать число острых респираторных заболеваний у детей (такие случаи являются возможной причиной детской смертности);
- может возрастать число случаев госпитализации людей с сердечно-легочными заболеваниями;
- может возрастать число случаев обращения людей в отделение «Скорой медицинской помощи» и поликлиники;
- могут происходить изменения функции легких, возникать острые пневмонии, хронические бронхиты.

Хроническое воздействие природных пожаров на здоровье:

- повышенный риск развития раковых заболеваний;
- возрастание заболеваемости астмой и респираторными болезнями;
- появление новых случаев хронической болезни легких, снижение продолжительности жизни.

Вполне естественно, что нагрузка на персонал Тисульской районной больницы возросла в несколько раз. Притом, что это лето стало для нашей поликлиники еще од-

ним серьезным, но в то же время приятным испытанием. У нас идет полномасштабный ремонт здания и оснащение его современным оборудованием. Это создавало определенные трудности на приеме пациентов, но все было сделано, чтобы прием не прекращался, персонал работал, больные получали своевременную помощь.

ПАРАГОСПИТАЛЬНАЯ СЛУЖБА

Вот тут кстати оказалась новая форма оказания медицинской помощи – парагоспитальная служба. Этот пилотный проект в Тисульской поликлинике внедрили еще в феврале прошлого года. И как же он помог нам в это лето!

На базе районной поликлиники была создана патронажная мобильная бригада

В состав мобильной бригады входят врачи узких специальностей в качестве консультантов, лечащими врачами являются участковые врачи терапевты, врачи ОВП, хирурги. Для проведения лечебно-диагностических мероприятий задействован медсестринский персонал поликлиники – участковые медицинские сестры и медицинские сестры врача ОВП. График работы медсестринского персонала по методу чередования по календарной неделе (понедельник – суббота), то есть все лечебные процедуры, инъекции, запись ЭКГ, забор биологического материала для лабораторного исследования на дому оказывается только одной медицинской сестрой с 8.00 до 17.00 ежедневно. В это время помощь на приеме врачу за работающую в мобильной бригаде медсестру оказывают другие участковые медсестры. Перевязки хирургическим больным проводятся медицинской сестрой хирургического кабинета по назначению службы маршрутизации. Если одна медсестра не справляется в какой-то день, на который пришлось больше пациентов, то ставим двух медицинских сестер в мобильную бригаду. Разработана документация мобильной патронажной бригады, в которую вошли приказ о создании патронажной мобильной бригады, журнал лечебных процедур медицинских сестер, карта наблюдения пациента на этапе парагоспитальной службы, анкета учета мнения пациента о работе мобильной бригады, карта пациента мобильной бригады.

Полтора года работы мобильной бригады позволяют сделать следующие итоги.

Мобильная бригада работает с пациентами, получающими амбулаторное лечение на дому, пациентами стационара на дому и хроническими больными, переданными



ОСМП, а участковая медицинская сестра занимается профилактической работой на участке. Высвобожденные участковые медицинские сестры обслуживают диспансерных пациентов и пациентов с хроническими заболеваниями вне стадии обострения; наблюдают за пациентами, относящимися к группам риска. Занимаются вакцинацией на участке, обучают родственников хронических нетранспортабельных больных. Пациенту не надо приходить в процедурный кабинет поликлиники, лабораторию, все это делает медсестра мобильной бригады. И он попадает в стационар только в крайнем случае. В стационар направляются больные, нуждающиеся в круглосуточном наблюдении, что очень важно. После стационара и ОКНС больной не теряется, а передается под наблюдение участковых врачей и врачей ОВГ: лечатся в стационаре на дому мобильной бригадой, дневном стационаре в поликлинике или наблюдаются участковым врачом. На одну интенсивную стационарную койку приходится пять коек стационара на дому. Лечение пациенты получают бесплатно.

За отработанный период нами сделано:

- 1339 человек обслужено патронажной мобильной бригадой;
- в среднем, это 18 пациентов в день;
- сделано посещений медицинскими сестрами – 8122;
- сделано лечебных процедур – 11 122;
- взято биологического материала на лабораторные анализы у 5167 человек;
- записано на ЭКГ – 448 больных;
- УЗИ-18.

Важным показателем работы является оценка пациентов. В связи с этим мы провели анкетирование пациентов. В анкету входят разные вопросы, которые позволяют определить, насколько больной удовлетворен объемом обследования и лечения: как быстро их обследовали и назначили лечение, насколько вежливы были медицинские сестры, насколько квалифицированно оказывают медпомощь, хватает ли медикаментов на весь курс, и т. д.

Данные анкетирования пациентов, получивших лечение в патронажной мобильной бригаде, выявили следующее: 78% опрошенных поставили патронажным медицинским сестрам 5 баллов, 18% – 4 балла и 4% – 3 балла.

В мобильную патронажную бригаду больных направляют врачи поликлиники

(45%), врачи ОКНС (42%), врачи стационара при ранней выписке (13%). 72% нуждающихся в услугах медицинской сестры патронажной бригады получают назначенное лечение в день его назначения, 25% – на следующий день и только 3% – более двух дней.

За время работы мы получили более 30 благодарностей от пациентов: в письмах, открытках, по телефону, интернету, в непосредственном общении. Это очень приятно, потому что все усилия и направлены как раз на то, чтобы наша работа была эффективной, приближенной к сельскому жителю, позволяющей ему получить лечение вовремя и качественное.

Так что, несмотря на чрезвычайную ситуацию, сложившуюся нынче в нашем регионе и, казалось бы, большее обращение граждан в больницу, обострения здоровья из-за пожаров и смога, мы с этой ситуацией справились успешно, так как патронажная мобильная бригада взяла на себя лечебную функцию, а участковая медсестра работает с профилактической целью, своевременно обращает внимание на состояние пациента, вовремя вызывает врача. Во время пожаров медицинские сестры посещали больных с гипертонической болезнью, ишемической болезнью, бронхиальной астмой и другими заболеваниями. Лицам пожилого возраста доставляли льготные рецепты, лекарственные средства из аптеки. Работа велась на опережение, приближая медицинскую помощь к сельскому жителю.

Сравнение с 2010 годом, когда в Тисульской поликлинике еще не было паракоспитальной службы и патронажной мобильной бригады, показало, что:

- среднее пребывание больного в стационаре уменьшилось на 2%;
- количество пролеченных на дому на тысячу населения увеличилось на 16%;
- вызовы «Скорой помощи» на одного жителя уменьшились на 1,3%;
- вызовы СГМ к хроникам в часы работы поликлиники уменьшились на 18,9%;
- смертность населения в возрасте до 65 лет на 100 тыс. населения уменьшилась на 10,6%;
- смертность населения в возрасте до 65 лет на дому на 100 тыс. населения уменьшилась на 15,0%;
- смертность в трудоспособном возрасте на 100 тыс. населения уменьшилась на 13,4%;
- смертность от ССЗ в трудоспособном возрасте на 100 тыс. населения уменьшилась на 13,0%;
- смертность от внешних причин в трудоспособном возрасте на 100 тыс. населения уменьшилась на 8,7%;
- общая смертность на 1000 населения уменьшилась на 7,5%.

Даже в сравнении с первым полугодием 2011 года, когда паракоспитальная служба еще только-только зарождалась, видно, насколько эффективной оказалась новая форма оказания медицинской помощи посредством мобильной бригады:

- уровень смертности на 100 тыс. населения уменьшился на 44%, в том числе на дому – на 59%;

- смертность в трудоспособном возрасте сократилась на 27,6%, в том числе от болезней ССС на 17%, от внешних причин – на 5,4%;

- вызовы на «Скорую помощь» уменьшились на 3,2%;

- обслуживание на дому получили в два раза больше пациентов (+211%);

- в полтора раза возросло число выполненных на дому процедур (+ 144%).

Таким образом, организация паракоспитальной службы амбулаторно-поликлинической службы МБУЗ «ЦРБ Тисульского района» дала следующее:

- разгрузилась участковая служба (участковая медсестра работает на приеме с врачом, работает с хроническими диспансерными больными);

- все лечебные вызовы взяла на себя патронажная мобильная бригада;

- вызовы к хроническим больным на СГМ в часы работы поликлиники стали единичными, снизились на 18,9%;

- вызовы на СГМ на 1000 населения снизились на 4%;

- участковые сестры получили больше возможности работать на дому с диспансерными больными;

- уменьшился расход лекарственных средств на стационар на дому, так как все сосредоточилось в одних руках.

Паракоспитальная служба дала пациентам возможность не стоять в очередях в поликлинике, не посещать поликлинику несколько раз для проведения обследования, получать лечение на дому.

В паракоспитальной службе и патронажных мобильных бригадах активно используется медсестринский персонал, потому что 30% пациентов не нуждаются в активных посещениях врача, так как врач не поменял лечение и не поменял коррективы. В свете современных требований сейчас большее внимание отводится первичному звену медицинской помощи, ранней диагностике и, самое главное, профилактике заболеваний и осложнений. Все это невозможно без исполнения медсестринского персонала, их знаний и умений по уходу за пациентами, по выполнению технологий и манипуляций, работе с родственниками и самими пациентами по обучению навыкам выполнения простейших манипуляций, грамотному оказанию неотложной доврачебной помощи и т. п. Поэтому медицинская сестра должна в большей степени соответствовать нуждам населения, а не потребностям системы здравоохранения. Она должна трансформироваться в хорошо образованного профессионала, равного партнера, самостоятельно работать с населением, способствуя укреплению здоровья общества. Именно медицинской сестре сейчас отводится важная роль в паракоспитальной службе. И мы вполне справляемся со своими обязанностями и функциями, даже при чрезвычайных ситуациях.

УЧЕНЫЮ СВЕТ

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗА НАРУШЕНИЕ РЕЖИМА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Вопрос: Администрация муниципального медицинского учреждения отказывается направить меня (медицинского работника) на курсы повышения квалификации, ссылаясь на отсутствие бюджетных средств. Предусмотрена ли ответственность администрации учреждения за отказ от направления меня на курсы повышения квалификации 1 раз в пять лет?

Ответ: В соответствии со ст. 196 Трудового кодекса РФ необходимость профессиональной подготовки и переподготовки кадров для собственных нужд определяет работодатель. В случаях, предусмотренных Федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, работодатель обязан проводить повышение квалификации работников, если это является условием выпол-

нения работниками определенных видов деятельности.

В настоящее время обязанность медицинской организации обеспечивать профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации установлена п.п. 8 п. 1 ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Кроме того, подтверждением того факта, что медицинская организация обязана обеспечивать повышение квалификации своих работников не реже 1 раза в 5 лет, является установление такого требования к лицензиату при осуществлении им медицинской деятельности в Положении о лицензировании медицинской деятельности, утвержденном

постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291, в качестве лицензионного требования (п/п «г» п. 5).

Порядок совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников утвержден Приказом Минздравсоцразвития России от 09.12.2008 № 705н (далее – Порядок № 705н). В силу п. п. 5, 6 Порядка № 705н профессиональная переподготовка и повышение квалификации специалистов проводятся с отрывом от работы, без отрыва от работы, с частичным отрывом от работы и по индивидуальным формам обучения при наступлении очередного пятилетнего срока дополнительного профессионального образования.

В случае отказа работодателя направить сотрудников на курсы повышения квалифи-

кации, если обязательность прохождения ими таких курсов определена федеральными законами, он может быть привлечен к административной ответственности по ст. 5.27 КоАП РФ.

В соответствии с ч. 1 ст. 5.27 КоАП РФ нарушение законодательства о труде и охране труда влечет наложение административного штрафа:

- на должностных лиц – от 1000 до 5000 руб.;
- на юридических лиц – от 30 000 до 50 000 руб. (или административное приостановление деятельности на срок до 90 сут).

Повторное нарушение законодательства должностным лицом, ранее подвергнутым административному наказанию за аналогичное правонарушение, влечет дисквалификацию этого лица на срок от года до трех лет (ч. 2 ст. 5.27 КоАП РФ).

Подписка в редакции на 2013 год

Общество с ограниченной ответственностью "Милосердие"

191002, Санкт-Петербург г, Загородный пр-кт, дом № 14, строение Лит А, оф.15Н,
тел.: (812) 315-00-26, факс:(812) 575-80-51

Банк получателя	Северо-Западный банк ОАО "Сбербанк России"	БИК	044030653
г.Санкт-Петербург		Сч №	30101810500000000653
ИНН 7826671196	КПП 784001001	Сч №	40702810755230106995
Получатель	ООО "Милосердие"		

Счет-договор на оплату №П 655 от 28 ноября 2012 г.

№	Наименование товара	Кол-во	Ед.	Цена (руб)	Сумма (руб)
1	Журнал "Вестник ассоциации медицинских сестер" на 2013 год" - 5 номеров.	1	компл.	1500,00	1500,00
Всего наименований 1, на сумму 1500,00 руб					Итого: 1 500,00
Одна тысяча пятьсот рублей 00 копеек					Без налога (НДС) -
НДС не облагается (п.2 ст.346.11 гл.26.2. НК РФ)					Всего к оплате: 1 500,00

1. Настоящий Счет-договор является договором купли-продажи, по которому Получатель платежа обязуется передавать в собственность Плательщику периодические издания (Издания), указанные в настоящем Счете-договоре.
2. Обязательство Плательщика по оплате Изданий считается выполненным с момента зачисления полной стоимости Изданий на расчетный счет Получателя 3. После полной оплаты Изданий Получатель платежа пересылает Издания Плательщику по почте по адресу, указанному в платежном поручении, в течение 15 (пятнадцать) календарных дней с момента выхода соответствующего номера Издания.
4. Оплата настоящего Счета-договора является выражением согласия Плательщика с условиями поставки и стоимостью изданий.
5. В случае непоставки Изданий в течение 45 (сорок пять) дней с момента выхода их в свет Плательщик обязан письменным течением 15 (пятнадцать) дней известить об этом Получателя платежа. В случае неизвещения Получателем платежа о непоставке Изданий Издания считаются поставленными получателем платежа и принятыми Плательщиком в соответствии с условиями Счета-договора.
6. Отношения Получателя платежа и Плательщика, не урегулированные Счетом-договором, регулируются действующим законодательством РФ.

Руководитель _____ Серебренникова Н.В.

Главный бухгалтер _____ Блинова Т.Б.

ВНИМАНИЕ! При оплате данного Счета-договора в платежном поручении в графе "Назначение платежа" обязательно укажите контактный телефон, почтовый индекс и точный адрес, по которому Вы хотите получать Издания.

Милосердие

Телефон для справок : (812) 315-00-26

www.medsesrte.ru

olga@medsestre.ru

**ЛИЗОФОРМ****MEDIVATORS®**

Комплексное решение для обработки и хранения гибких эндоскопов



Репроцессор DSD-201

Установка для обработки гибких эндоскопов всех марок. Имеет две независимые камеры - благодаря чему возможно проведение как одновременной, так и независимой обработки двух эндоскопов. Позволяет использовать различные моющие и дезинфицирующие средства.



Репроцессор CER

Компактная настольная установка для обработки гибких эндоскопов. Позволяет проводить автоматическую обработку одного или одновременно двух гибких эндоскопов. Позволяет использовать различные моющие и дезинфицирующие средства.



Система для хранения эндоскопов Scope-Store SE

Эффективное решение для хранения эндоскопов. Использование системы Scope-Store SE обеспечивает длительное хранение обработанных эндоскопов в асептических условиях в течении 72 часов.



Scope Buddy (Скоп Бадди)

Устройство для предварительной очистки эндоскопов, позволяющее заменить ручное шприцевание каналов. Позволяет промывать несколько каналов одновременно, пропуская жидкость с постоянной скоростью в непрерывном режиме.



Лизаксин салфетки

Для первичной обработки эндоскопов



Средства дезинфекции



МЕДИЛИС-И[®]

БЫВШЕЕ ТОРГОВОЕ НАИМЕНОВАНИЕ
“МЕДИФОКС-И”

5% ПЕРМЕТРИН ОТ ВШЕЙ
И ЧЕСОТОЧНЫХ КЛЕЩЕЙ



СТАРЫЙ ДРУГ ЛУЧШЕ НОВЫХ ДВУХ



Лаборатория
МЕДИЛИС

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

