

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 2/11 2013



**Информационные системы
в эндоскопической практике.
Новая роль медицинской сестры**



стр. 27

**Наша цель – доступность
и качество. Разделение
потоков пациентов на
амбулаторном приеме**



стр. 6

**Образцовая практика. Как её
достичь? Основные вопросы
международного конгресса
операционных сестер**



стр. 3

**Всегда рядом, всегда на передо-
вой – в регионах России тепло
поздравили представителей
самой гуманной профессии**

Универсальные медицинские системы дозирования

для

Мыла

Кожного антисептика

Крема

Бумажных полотенец



ЛИЗОФОРМ



Полный спектр средств
для дезинфекции и гигиены



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

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

www.lysoform.ru



Дорогие коллеги и читатели «Вестника»!

Позвольте поприветствовать вас на страницах летнего выпуска «Вестника» и открыть его с обсуждения злободневных вопросов. Уже не первый год из разных уголков страны звучат призывы в адрес органов власти о несостоятельности новых систем оплаты труда, о том, что статистические данные, которыми оперируют руководители страны по средней заработной плате в здравоохранении и в сестринском деле, не отражают реального положения вещей. С наступлением 2013 года ситуация серьезно усугубилась – задачи по выплатам в рамках национального проекта «Здоровье» были переданы в субъекты федерации, однако к их выполнению многие регионы оказались не готовы, не просто многие, а почти все.

В разгар зарплатного кризиса состоялась памятная многим встреча Президента России В.В. Путина с представителями Народного фронта, в числе которых были и лидеры РАМС. Нам удалось озвучить позицию профессиональной ассоциации, сказать о том, что нельзя рассматривать заработную плату как строчку в статистическом отчете. За каждой цифрой – судьба конкретной медицинской сестры, фельдшера, акушерки, судьба нашей профессии. В отсутствие адекватной компенсации за физически и эмоционально тяжелый труд, она все менее конкурентоспособна в структуре российской экономики. Надеемся, что аргументы Ассоциации были услышаны, и непременно будем продолжать взаимодействие с органами власти по вопросам оплаты труда сестринского персонала.

В апреле-мае этого года Ассоциации удалось сделать очередные шаги по утверждению профессиональных стандартов. Ассоциация зарегистрировалась

■ Мы убеждены, что заработную плату медицинского работника нельзя рассматривать как цифру статистического отчета. Пора увидеть за ней судьбу человека и сестринской профессии.

в качестве участника конкурса среди разработчиков профессиональных стандартов. В случае положительного решения комиссии, затраты РАМС на разработку стандартов будут в значительной мере компенсированы средствами из государственного бюджета. Ранее вся работа осуществлялась исключительно на основе самофинансирования, т. е. покрывалась из бюджета РАМС, собранных членских взносов. Интересно, что теперь, когда государственное финансирование стало доступным, РАМС уже не единственная организация, которая готова к выполнению этой работы. Хочется верить, что по крайней мере те профессиональные стандарты, которые нами уже разработаны, будут наконец утверждены и внедрены в жизнь.

Активно развивается деятельность специализированных секций в составе нашей Ассоциации. Этой весной представителям секции операционных сестер удалось побывать на международном конгрессе в Канаде, познакомиться с коллегами, перенять новый опыт. Система здравоохранения Канады, благодаря результативности и высоким показателям здоровья, продолжительности жизни, считается одной из лучших в мире. Тем не менее и на североамериканском континенте специалисты испытывают знакомые нам трудности, например, связанные с нехваткой кадров, нехваткой специализированных медицинских сестер. В результате увеличивается продолжительность ожидания пациентами необходимых видов медицинской помощи – плановых операций, диагностических исследований. Что особенно порадовало, несмотря на наличие проблемы, так это единство государства, профессиональной ассоциации, лечебных и образовательных учреждений в стремлении ее решить. Благодаря этому в разных провинциях Канады внедряются ультрасовременные подходы к подготовке операционных сестер, проводятся исследования на предмет привлечения и

сохранения сестринских кадров. Решение кадрового вопроса в нашей стране пока ожидает своего часа. Руководители сестринских служб продолжают вести мониторинг ситуации, анализируют причины нехватки кадров, но не обладают нужными рычагами влияния.

Пока вопросы национального масштаба ждут своего решения, по всей стране активно работают и реализуют собственные инициативы региональные сестринские ассоциации. Этой весной многие из них стали участниками конкурса грантов, организованного РАМС. Среди более 40 проектов по различным номинациям, охватывающим и уход за тяжелобольными пациентами, и профилактическую работу с населением разных возрастных групп, победителей было выбрать непросто. Тем не менее в канун Международного дня медицинской сестры итоги конкурса были опубликованы на сайте РАМС, а награды – средства для реализации проектов – были направлены в адрес соответствующих региональных ассоциаций. В дальнейшем мы обязательно будем знакомить читателей «Вестника» с результатами реализованных программ, а также продолжать финансовую поддержку перспективных сестринских инициатив.

В ходе торжественных собраний по случаю профессионального праздника по всей стране прошли награждения не только победителей грантового конкурса, но и лучших мастеров своего дела. В адрес медицинских сестер, фельдшеров, акушерок прозвучало немало добрых и теплых слов. На страницах этого выпуска мы знакомим вас с новостями из разных российских регионов, с тем, как профессиональный праздник отметили в других странах и продолжаем верить в то, что сообща добьемся наступления новой эры – когда принцип «на работу, как на праздник» будет справедлив в отношении каждой медицинской сестры!



На обложке: Работа эндоскопической бригады ГБУЗ ЯО «Клиническая онкологическая больница», г. Ярославль

СОДЕРЖАНИЕ

НОВОСТИ РЕГИОНОВ

Всегда рядом, всегда на передовой. Торжественные мероприятия по случаю Международного дня медицинской сестры стр. 3

Помоги детям. Акция Кировской ассоциации в поддержку детей с ТБ стр. 5

НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ

Диалог с президентом стр. 20

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Из науки – в практику. Применение ресурсов ONS при оказании сестринской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями стр. 24

СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Предвидение и выявление признаков суицидальных состояний у пациентов, страдающих психическими расстройствами стр. 10

ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА

Информационные системы в эндоскопической практике. Роль медицинских сестер стр. 22

Наша цель – доступность и качество. Принципы регулирования очередности пациентов на амбулаторном приеме стр. 27

Сознательное отцовство. Опыт работы Кемеровской «школы отцов» стр. 31

ГЕРОИ НАШЕГО ВРЕМЕНИ

Работа – это смысл моей жизни стр. 18

ВОПРОСЫ ЭТИКИ

Информирование пациента. Полномочия медицинской сестры стр. 30

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
Отдел маркетинга – Юлия Мелёхина
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»
- ГОЛОЛОВОВА Л.Д.** – президент «Новосибирской профессиональной ассоциации специалистов сестринского дела»
- ДРУЖИНИНА Т.В.** – президент Кемеровской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация медицинских сестёр Кузбасса»
- ЗОРИНА Т.А.** – президент Омской региональной общественной организации «Омская профессиональная сестринская ассоциация»
- КОСАРЕВА Н.Н.** – президент Самарской региональной общественной организации медицинских сестёр
- ЛАПИК С.В.** – д. м. н., профессор, декан ФВСО ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава
- РЯБЧИКОВА Т.В.** – д. м. н., профессор, заведующая кафедрой сестринского дела Ивановской государственной медицинской академии, декан МВСО
- СЛЕПУШЕНКО И.О.** – советник Департамента мониторинга и оценки эффективности деятельности органов государственной власти субъектов РФ Минрегиона России

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 31.05.2013. Отпечатано в типографии ООО «Береста». 196084, Россия, Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1277. Тираж 13 200. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет.

ВСЕГДА РЯДОМ, ВСЕГДА НА ПЕРЕДОВОЙ

В ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПРАЗДНИК НЕМАЛО ТЕПЛЫХ СЛОВ БЫЛО ВЫСКАЗАНО В АДРЕС МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ



Т.В. Глазкова,

главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Ленинградской области

*В привычном слове «медсестра»,
Заложен жизнью смысл глубокий,
Коль рядом с Вами есть она –
то вы уже не одиноки.*

*Она как медик – лечит боль
И как сестра врачует душу!
Судьбой дана такая роль –
Уметь лечить людей и слушать.*

15 мая в большом концертном зале гостиницы «Санкт-Петербург» состоялась торжественная церемония, посвященная Международному дню медицинской сестры. Заслуженное внимание и награды за добросовестный труд и вклад в развитие



Двоynикова Галина Петровна, зав. Шепелевским ФАПом ЦРБ Ломоносовского района Ленинградской области. Стаж работы 56 лет.



Председатель Комитета по здравоохранению Ленинградской области А.А. Лобжанидзе награждает и благодарит лучших медицинских сестер

здравоохранения в этот день получили лучшие специалисты Ленинградской области.

Современная медицинская сестра обязана быть всесторонне грамотным специалистом, человеком высокой культуры, обладать такими качествами, как сострадание, трудолюбие, добросовестность, честность. А еще она должна постоянно учиться. Медицина – это именно та область, где можно каждый день научиться чему-то новому.

Впервые в этом году праздник прошел при поддержке Комитета по здравоохранению Ленинградской области. Председатель Комитета – Арчил Алексеевич Лобжанидзе – тепло поздравил и поблагодарил представительниц одной из самых гуманных профессий с праздником, который уже в 20-й раз отмечается в Ленинградской области. Арчил Алексеевич сравнил медсестер с бойцами передовой борьбы за здоровье людей. Медсестры первыми принимают на себя боль и беды пациентов. На селе представители среднего медицинского звена – медсестры, фельдшеры, руководители ФАПов и амбулаторий – первые и самые уважаемые люди. Мед-

сестры всегда рядом с человеком, начиная от патронажной медсестры, что сопровождает первый год жизни ребенка, далее педиатрические, участковые и работники стационаров – это все они. В современных медицинских центрах первыми изучают и начинают работать со сложной техникой тоже медсестры. Вспоминая начало своей работы хирургом, А.А. Лобжанидзе подчеркнул, что именно медсестры учили его правильно держать инструмент, подсказывали и помогали молодому специалисту во время операций.

На торжественном собрании лучшим медицинским работникам области были вручены почетные грамоты, благодарности, ценные призы, премии и цветы от Комитета по здравоохранению, областного Законодательного собрания, Ассоциации медицинских сестер России, Общественной организации средних медицинских работников Ленинградской области, профсоюза работников здравоохранения Петербурга и Ленинградской области. Чествовались медсестры-ветераны и лучшие молодые специалисты.

Праздник получился теплым, веселым и трогательным.

В АРМИИ МЕДИКОВ ОНИ – ВСЕМ ОПОРА

17 МАЯ В БРЯНСКЕ СОСТОЯЛСЯ ФИНАЛ ОБЛАСТНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО КОНКУРСА «ЛУЧШАЯ СТАРШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ЛПУ 2013 ГОДА»

Профессиональный конкурс – это всегда большое событие и праздник, это признание профессиональной компетентности и престижа специалистов сестринского дела, встреча старых друзей и новые знакомства, смотр профессиональных и творческих достижений, успехов и, конечно же, обмен опытом.

17 мая на базе Брянского базового медицинского колледжа прошел финал областного профессионального конкурса «Лучшая старшая медицинская сестра ЛПУ 2013 года», приуроченный к Международному дню медицинской сестры. Организаторы конкурса – департамент здравоохранения Брянской области, Ассоциация сестринского персонала Брянщины и Брянский базовый медицинский колледж.

Ещё 12 апреля 28 старших медицинских сестер – представители разных отделений поликлиник и больниц 12 учреждений г. Брянска и 16 центральных районных и городских больниц области – вступили в борьбу за звание лучшего специалиста.

Отделение – это как вторая семья, как очаг. А для кого-то – даже и первая. Здесь все работают по законам семьи: держатся вместе, друг другу всегда помогают в трудные моменты. Есть такое выражение, что очаг мужчина охраняет,

а женщина сохраняет. Можно смело перефразировать: старшая медицинская сестра очаг не только сохраняет, но и охраняет. Вот почему девизом конкурса взяты слова: «Быть старшей медсестрой большая честь!».

Со словами поздравления и приветствия к участницам и гостям конкурса обратились первый заместитель директора департамента здравоохранения Брянской области С.Н. Карпенко и главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью, президент Ассоциации сестринского персонала Брянщины, отличник здравоохранения Л.А. Третьякова.

На протяжении всего конкурса в актовом зале царил домашняя, непринуждённая и праздничная атмосфера. Группы поддержки и зрители активно «болели» за своих участниц. Каждый из этапов, особенно такие, как визитная карточка «Больница, без которой мне не жить» и домашнее задание – «Один день из жизни старшей медицинской сестры», вызвали бурю эмоций и аплодисментов. Творчество, креативность, компьютерные технологии и юмор удачно соединились в презентациях участниц.

Перед жюри стояла непростая и ответственная задача – оценить профессионализм, знания, мастерство, творче-

ство конкурсантов и выбрать лучшую старшую медицинскую сестру.

Каждый профессиональный конкурс открывает новые имена. И этот конкурс не стал исключением. Среди лучших отмечены И.В. Крестникова (Брянский областной противотуберкулезный диспансер), Н.В. Семенова (Брянская городская больница № 8), Н.Н. Сапронова (Брянская центральная районная больница), И.Н. Радичко (Брянский областной онкологический диспансер).

Победителем конкурса стала Е.Ю. Михайленко, старшая медицинская сестра операционного отделения Брянской городской больницы № 1.

Праздники профессионального мастерства надолго остаются в памяти и зрителей, и гостей, и, прежде всего, участниц конкурса. Добрая традиция праздничных мероприятий, посвященных Международному дню медицинской сестры, в Брянском здравоохранении продолжается.

70 средних медицинских работников на этом торжественном мероприятии были награждены почетными грамотами и благодарностями губернатора Брянской области, Брянской областной Думы, департамента здравоохранения Брянской области, 32 из них были награждены почетным знаком «Ветеран труда».



Победитель конкурса Е.Ю. Михайленко с президентом ассоциации Л.А. Третьяковой



«ПОМОГИ ДЕТЯМ»

ПОДАРКИ НЕ МЕНЬШЕ ЛЕКАРСТВ ПОМОГАЮТ МАЛЫШАМ СПРАВИТЬСЯ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

- **И.В. Карасев,**
главный врач КОГКУЗ
«Талицкий детский
туберкулезный санаторий»
- **С.А. Петрова,**
заместитель главного врача
по лечебной работе
- **Н.В. Веревкина,**
главная медицинская сестра



Проблемы противотуберкулезной помощи детям тесно связаны со сложившейся эпидемиологической ситуацией, которая в России с 1991 года остается напряженной, несмотря на стабилизацию в последние годы. Анализ причин этой ситуации убедительно продемонстрировал, что борьба с туберкулезом – это не только медицинская проблема, во многом она определяется социальными условиями жизни общества, семьи. Социальный статус, уровень медицинской грамотности семьи определяют вероятность развития туберкулезной инфекции у детей. Более 60% детей с туберкулезом – из семей с различными социальными проблемами (социально дезадаптированные семьи и семьи медико-социального риска).

КОГКУЗ «Талицкий детский туберкулезный санаторий» рассчитан на 200 коек. Возраст принимаемых детей от 3 до 18 лет. Санаторий предназначен для профилактического лечения детей и подростков с впервые выявленным инфицированием МБТ, гиперергическими реакциями на туберкулин, контактных из очагов туберкулезной инфекции, инфицированных МБТ с сопут-

ствующей патологией. Средняя продолжительность лечения – 3 месяца. Усилия, прилагаемые медицинским и педагогическим коллективом санатория, не проходят бесследно – маленькие пациенты быстро идут на поправку, при этом учебный процесс не прерывается. Помимо здоровья дети приобретают новые знания, так как в составе санатория работает школа и высокопрофессиональный коллектив педагогов.

материального достатка оставляет желать лучшего. Так же необходимо учитывать длительность пребывания пациентов в санатории и непредсказуемость погодных условий. Сотрудники санатория постоянно оказывают детям из неблагополучных семей посильную помощь, принося одежду, игрушки, канцелярские товары, книги и т. д.

24 марта во всем мире отмечался Всемирный день борьбы с туберкулезом. Под эгидой Ассоциации медицинских сестер Кировской области совместно с Талицким детским туберкулезным санаторием была проведена акция «Помоги детям». Призыв акции – откликнуться и оказать посильную помощь маленьким пациентам, борющимся с туберкулезом. На Театральной площади 24 марта дежурила машина с атрибутикой «Помоги детям». Сотрудники санатория принимали активное участие в акции, собирали подарки для детей.

Добрых людей оказалось много. Прохожие подходили, интересовались, чем они могут помочь, и приносили подарки для детей. В результате акции было собрано немалое количество одежды, игрушек, канцелярских товаров и даже аудио-, видеотехника. Все подарки разошлись по отделениям санатория и теперь радуют пациентов.

Но основная задача акции – это привлечение внимания общества к такой серьезной проблеме, как туберкулез. Ведь это не только медицинский термин, но и социально-значимое заболевание, показатель здоровья нашего общества. И только совместными усилиями мы сможем победить этот страшный недуг.

Всемирный день борьбы с туберкулезом различными акциями поддержали медицинские сестры многих российских регионов. Так, в Омской области в мероприятия были вовлечены 28 учреждений; специалистами были организованы конкурсы детского рисунка, беседы с пациентами, лекции в образовательных учреждениях. Профилактической работой было охвачено порядка 20 тысяч человек.



Как упоминалось ранее, большинство детей, проходящих курс лечения в санатории, из социально-неблагополучных семей. Эти дети нуждаются не только в адекватной терапии, но и в особом подходе в плане воспитательной работы. И конечно же, уровень их



ОБРАЗЦОВАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРАКТИКА

КАК ЕЕ ДОСТИЧЬ?



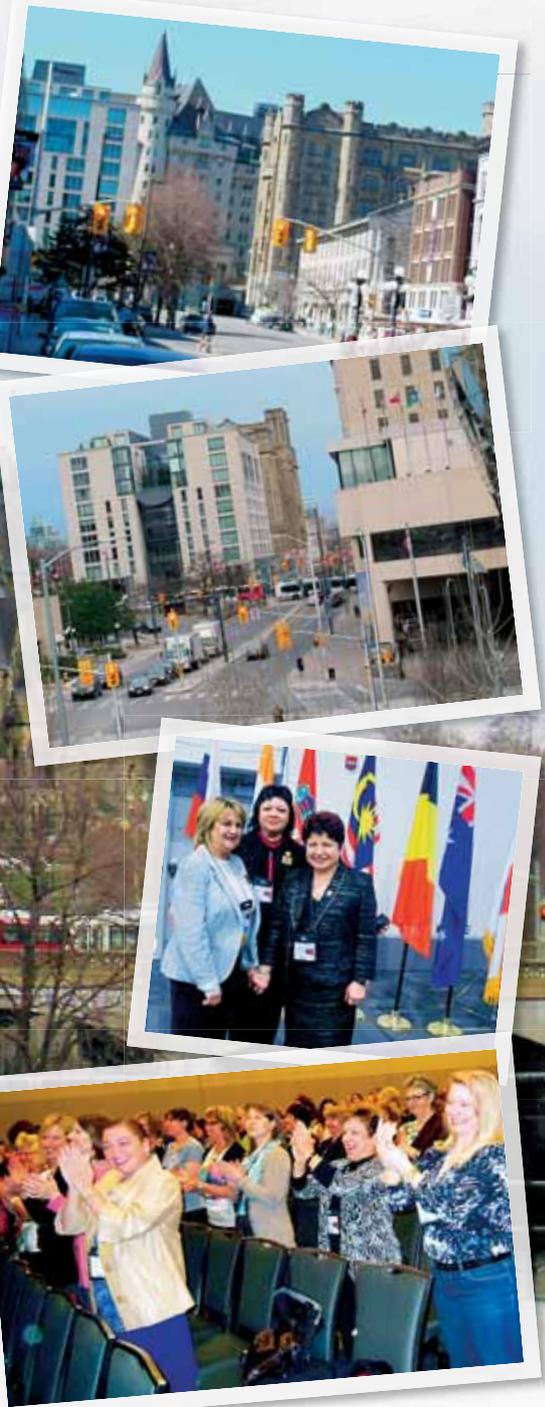
■ **Наталья Фалева,**
руководитель секции «Операционное
дело» РАМС, президент Красноярской
ассоциации медицинских сестер

Та-
ким вопросом за-
дались органи-
заторы Конгресса операционных
медицинских сестер, проходив-
шего в конце апреля в Оттаве (Ка-
нада). Конгресс, организованный Ассо-
циацией операционных сестер Канады
и Международной федерацией перио-
перативных сестер, носил характер ме-
ждународного события. Для участия
в нем помимо специалистов Канады
прибыли делегации из 17 стран. Рос-
сию представляли 11 специалистов из
Москвы, Иваново, Якутска, Красноярс-
ка, Санкт-Петербурга. Возглавила рос-
сийскую делегацию Валентина Анто-
новна Саркисова, президент РАМС.

Хочется выразить благодарность
в адрес ассоциации, организовавшей

эту незабываемую поездку. Мы узнали
много нового и интересного, познако-
мились с коллегами из Канады и дру-
гих стран, смогли соотнести свои за-
дачи развития операционного се-
стринского дела с тем, что происхо-
дит в мире!

Не скроем своей гордости за то, что
на конгрессе, собравшем порядка пол-
лутора тысяч человек, российская
группа была третьей по численности
после Канады и США. Американские
коллеги горячо приветствовали нас,
высказывали немалый интерес к со-
трудничеству. Профессиональное об-
щение проходило и на пленарных сес-
сиях, и на выставке, и во время пере-
рывов в формате «Будем знакомы!».



Итак, спешим поделиться тем, что удалось почерпнуть на этом грандиозном мероприятии, главными темами которого стали:

- «Вопросы безопасности пациентов»;
- «Совершенство практики операционных медицинских сестер»;
- «Обучающие программы для операционных медицинских сестер».

Вопросы безопасности пациента прослеживались во многих докладах, но самым ярким стало выступление хирурга-травматолога, по совместительству – астронавта НАСА, которому удалось не единожды побывать на околоземной орбите и выйти в открытый космос. Дэйв Уильямс, будучи нацио-

нальным героем Канады, сегодня преподает в Университете Монреаля и продолжает активное сотрудничество с космическим агентством.

Выступая перед делегатами конгресса, Дэйв Уильямс провел четкую параллель между открытым космическим пространством и операционной, организацией безопасной работы в космосе и больнице, требованиями безукоризненной работы команды как там, наверху, так и здесь, в каждой операционной.

Команда должна состоять из профессионалов, отдающих себе отчет о любых вероятных рисках, способных своевременно такие риски предугадать и, главное, готовых к совместному управлению рисками. Особая роль принадлежит руководителю такой команды – будь то командир шаттла или оперирующий хирург. Его задача – уметь определять ошибки, даже самые незначительные, проводить обучение своей команды. Мелочей здесь не бывает, а любой промах может стоить жизни!

Очень важно, как командир работает со своей группой, чего от нее ожидает. Дэйв изложил свою версию концепции следования за лидером – Followership – которая в разных организациях осуществляется неоднозначно. В одних медицинских центрах проявляются положительные черты взаимодействия лидера и коллектива – все стремятся работать по стандартам, проявляют приверженность к корпоративной культуре, нацелены на определение рисков и борьбу с ними. В другой картина совсем иная – клиническая инициатива подавляется, тактика лечения навязывается, внимание к нуждам и задачам подчиненных недостаточное, что неминуемо ведет к ошибкам.

И как же действует руководитель команды, если такая ошибка происходит? К сожалению, распространена модель «Name – Blame – Shame», т. е. найди виноватого, обвини и накажи!

Для думающего руководителя эта модель изначально провальная, поскольку не дает возможности истинного исправления ошибки. Необходимо **найти причину ошибки**, а не подвергать гонениям специалиста, допустившего ее.

Единственно верный путь для профилактики медицинских ошибок – это их совместный разбор (совместные по-

сле и дооперационные брифинги), способность корректно излагать и слушать, осмысленно относиться к тому, что относится к производственной среде.

Тему хирургической безопасности продолжила Рона Флин, психолог из Абердинского университета. Как ни парадоксально на первый взгляд, психологам есть что сказать о работе операционных бригад, в первую очередь, по поводу климата, в котором работают сотрудники и который является фоном либо для стабильной работы, либо для ошибок и экстренных ситуаций.

Исследователи университета достоверно доказали, что привычка хирургов повышать голос и проявлять грубость по отношению к членам операционной бригады может негативно сказаться на результатах оперативного вмешательства. Психологами были проведены экспериментальные испытания с группами студентов.

Две группы студентов (контрольная и экспериментальная) перед экзаменом подвергались внешнему воздействию. Каждая группа встречалась с консультантом, который в контрольной группе просто желал молодым людям успеха в сдаче экзамена, а в экспериментальной кричал, ругался, обвинял студентов в лени и слабой подготовке. В итоге результаты сдачи экзамена в экспериментальной группе были на порядок ниже!

Во втором, модифицированном исследовании куратор не повышал голос на всех студентов, он грубо отчитывал только одного из них, а последствия были аналогичными – снижение заработанного на экзамене балла у всей экспериментальной группы по сравнению с контрольной.

Мораль этой истории такова – ситуации, когда перед операцией руководитель отчитывает свою команду или хотя бы одного из ее членов, недопустимы, так как с каждым высказанным грубым словом будет снижаться степень эффективности работы команды, а риски для пациента, соответственно, возрастут.

Психолог привела и еще один из актуальных для работы операционных отделений примеров. Очень часто во время операции в зале звучит музыка. Когда хирург приближается к цели оперативного вмешательства, ему предстоит выполнить ответственную манипуляцию, он

жестом просит сделать звук тише. По окончании основной работы хирург делает другой жест – пусть музыка звучит громче, ему уже не о чем волноваться. Но как раз в этот момент наступает фаза очень ответственной работы для медицинской сестры – ей надо подсчитать все инструменты и расходные материалы. Стоит ли говорить, что громкий звук мешает ей сосредоточиться и выполнить свою работу качественно?

Эли Алквист, представитель одного из колледжей на севере Канады, представил проект по разработке и апробации современной образовательной программы для операционных сестер. Забегая вперед, здесь надо отметить, что операционных медицинских сестер в Канаде не хватает, что ведет к продлению сроков ожидания пациентами назначенных операций. Поэтому в провинции Саскачеван администрация, колледж и лечебные учреждения объединили свои усилия для внедрения в учебный процесс современных технологий, способных привлечь новых студентов и облегчить процесс усвоения материала.

Стать операционной сестрой в Канаде можно завершив базовый курс подготовки – бакалавриат, а также годичную специализацию по операционному делу. Такую специализацию могут пройти как недавние выпускники колледжа, так и уже работающие в клиниках сестры. Именно на таких специалистов, уже с опытом работы, была нацелена новая программа. Принципами ее создания стали:

- сокращение теоретических часов в пользу практических;
- отбор в качестве преподавателей медицинских сестер со стажем не менее 10 лет;



- отказ от статичности программ в пользу гибкости, способности адаптироваться под изменения клинической среды;
- скрининг, оценка работы выпускников на рабочих местах;
- отказ от навязывания программы «сверху» в пользу учета пожеланий студента;
- качественный отбор студентов;
- широкое внедрение интернет-технологий (онлайн обучение, программа мобильного обучения «Цунами», интернет-справочники по хирургическому инструменту).

Все участники учебной программы – работающие специалисты, порой проживающие в очень отдаленных районах провинции. Чтобы организовать учебу для таких медсестер, преподаватели колледжа разработали не только вебинары, доступные в любое время суток, но также совместно с IT-

компанией создали приложение для использования на компьютере или мобильном устройстве – видеоэнциклопедию хирургического инструментария. Создав трехмерные изображения каждого инструмента, они дополнили картинку названиями, а также задачами, для которых эти инструменты предназначены. С таким приложением выучить все инструменты можно, используя любую свободную минуту.

Много интересного о здравоохранении Канады и США нам удалось узнать из яркого выступления Патрика Войта. Все мы склонны видеть ситуацию в других странах в светлых тонах, хотя реальность бывает совершенно неожиданной.

Система здравоохранения Канады считается одной из самых оптимальных. В стране реализуется принцип «социального государства», в котором здоровье рассматривается в качестве одного из основных прав человека. Канадская страховая организация Medicare обеспечивает бесплатное или практически бесплатное медицинское обслуживание всем гражданам Канады.

Наглядным индикатором успеха действующей системы здравоохранения является состояние здоровья граждан. По данным ВОЗ, опубликованным в статистическом отчете о здравоохранении в мире, ожидаемая продолжительность жизни в Канаде составляет для родившихся в 2011 году 82 года, 80 лет – у мужчин и 84 у женщин, соответственно. За последние 20 лет ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 5



лет. Статистические показатели России остаются гораздо менее оптимистичными. Средняя ожидаемая продолжительность жизни составляет 69 лет; 63 года у мужчин и 75 лет – у женщин.

Медицина в США – лучшая в мире по показателям лечения, зато в вопросах профилактики отстает от большинства передовых государств и занимает только 49 место. И только этот факт сам по себе объясняет, почему именно в США медицина самая дорогая в мире. Лечить дороже, чем предотвращать! Огромные средства тратятся на реанимационную помощь, интенсивное лечение в конце жизни. Отсутствие профилактической работы и нездоровый образ жизни ведут к росту контингента диабетиков – уже сейчас в США насчитывается 32 млн человек с установленным диагнозом диабета или преддиабета.

Система оплаты больничных счетов такова, что редкий американец сможет описать, как она устроена! Страховые компании тратят огромные средства на функционирование системы платежей – ведь им приходится по каждому клиническому случаю проверять и оплачивать отдельные счета: хирургу, анестезиологу и лечебному учреждению. А происходит так от того, что врачи, в основном, владеют частной практикой и вообще не являются сотрудниками клиник. Врачи решают, в какую клинику положить своего пациента, и приходят туда на операцию в назначенный день и час.

Здесь же возникает и почва как для ошибок, так и для конфликтов. Во-первых, по данным опроса, 42% хирургов не знают имен членов операционной бригады, с которой выполняют операции, естественно – ведь они выбирают то одну клинику, то другую. Во-вторых, всегда есть пространство для человеческого фактора – хирург может опоздать к назначенному времени, зайти не в ту операционную. В-третьих, опоздание хирурга или анестезиолога ложится финансовым бременем на ЛПУ: представьте, что больница, где организован оперативный процесс, все подготовила для предстоящей операции – проведены необходимые исследова-

ния; пациент обучен и подготовлен; он уже провел в учреждении какое-то время, а вмешательство срывается, откладывается или задерживается, ломая график следующих операций. Отпечаток на финансовой стабильности здравоохранения откладывает и коррупционная составляющая – нередко страховые компании оплачивают счета за тесты и анализы, которые пациентам никогда не выполнялись.

Что предпринимается для решения проблем?

- Ранее больницам платили за количество пролеченных пациентов, сейчас если в течение 30 дней после операции была повторная госпитализация, то компенсации за нее больница не получит.
- Вводится доплата врачу за предоставление страховой компании статистических данных.
- Вводится коэффициент оплаты труда в зависимости от уровня удовлетворенности пациентов.
- В хирургических отделениях и стационарах вводится новая структура – совет директоров – для надзора и сокращения расходов.
- Применяется оценка эффективности рабочих расписаний, если назначена операция на 08:00, она должна начаться в 08:00; в США первый пациент подается в 05:55 утра.

Все вышесказанное не умаляет достижений американских специалистов в области развития медицинских технологий. Повсеместно используются компьютеры и современное программное обеспечение, система работает таким образом, чтобы пациенту было удобно, у врачей и медицинских сестер самые большие возможности для профессионального и карьерного роста.

Резюмируя, не могу не поделиться своими впечатлениями о поездке. Канада – это страна контрастов! Старина и современность в архитектуре гармо-

нично переплетаются, создавая необычный городской ансамбль.

Если вам доведется побывать в Канаде, не удивляйтесь, что центральную магистраль города то и дело перебегают белки, а на лужайках в самом центре города греются зайцы!

Люди здесь отзывчивые и улыбчивые, чувствуешь себя среди своих, а когда говоришь, что ты из России, – неизменно встречаешь радостное удивление и помощь в любом вопросе.

Понравилось отсутствие в свободной продаже сигарет и полный запрет курения в учреждениях; на многих зданиях висят таблички «Курить ближе 10 метров к данному зданию запрещено». И это на улице!

Истинный патриотизм канадцев не подвергает сомнению их любви к своей стране, к своему городу. Центральные улицы столицы пестрят флагами и символикой страны, а первое, с чего начинают знакомство канадские медсестры, это вопрос – любите ли вы хоккей, т. е. любите ли вы его так, как мы? На торжественном вечере, посвященном 30-летию юбилею своей ассоциации, делегации многих провинций Канады были одеты в спортивную форму своих хоккейных команд! Здесь нам удалось неформально пообщаться с коллегами и узнать, например, что система оплаты

труда в Канаде существенно отличается от российской – градация заработной платы идет по стажу и квалификации, а вот сфера деятельности значения не имеет. То есть оплата труда операционной сестры аналогична оплате медицинской сестры любого терапевтического отделения. Канадских коллег это не смущает – все они осознанно выбрали свой профессиональный путь и, сталкиваясь с ним с определенными трудностями, высокой эмоциональной и физической нагрузкой, получают огромную отдачу в виде удовлетворения от работы в сплоченных и квалифицированных командах единомышленников!

Несмотря на имеющиеся различия, объединяет нас самое главное – наша Миссия – БЕЗОПАСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВЫСОЧАЙШЕГО КАЧЕСТВА.

Канадские провинции стремятся к поэтапному сокращению сроков ожидания пациентами плановых операций – с 12 до 3 месяцев

10 недель клинической практики проходят медсестры Канады в рамках годичной специализации по операционному делу

Предвидение и выявление признаков суицидальных состояний у пациентов, страдающих психическими расстройствами



■ **Зиновьева Ирина Сергеевна,**
старшая медицинская сестра
18 отделения БУЗ Омской области
«Клиническая психиатрическая
больница им. Н.Н. Солодников»

Актуальность оценки суицидальных состояний у пациентов, страдающих психическими расстройствами, определяет задачи специализированной подготовки медицинской сестры по развитию навыков своевременного прогнозирования и предупреждения суицидального поведения пациентов. Проблема суицидального поведения остается одной из наиболее актуальных. По результатам проведенного авторского скрининга установлено, что из общего числа интервьюированных (90 пациентов) 43% (39 пациентов) составили пациенты с выявленным суицидальным риском. Из них 25% (23 пациента) – это пациенты со средним риском и 18% (16 пациентов) – с высоким показателем суицидального риска. В исследуемой группе женщин наблюдается значительная доля лиц с суицидальным риском средней и высокой степени. Даны рекомендации по выявлению признаков суицидальных состояний у пациентов, страдающих психическими расстройствами.

В доступной литературе мы не обнаружили достаточного количества информации, посвященной самоубийствам пациентов с психическими расстройствами. Практически отсутствует описание особенностей пресуицидального периода, хотя именно эти сведения могли бы быть полезны для проведения научно обоснованных профилактических мероприятий. Правильная оценка риска и предотвращение

самоубийства чрезвычайно важны. Склонность к самоубийству необходимо определять у всех пациентов, а не только при явной депрессии. Мы поставили перед собой цель повысить качество выявления пациентов с суицидальным риском.

Исследование проводилось на базе трех крупных лечебно-диагностических комплексов КПБ им. Н.Н. Солодников – 8, 18, 19 отделений, каждое из которых рассчитано на 135 стационарных коек. В исследование вошли женщины от 30 до 50 лет, не имеющие в анамнезе суицидальных попыток и без демонстрации предупредительных признаков суицида. Здесь нужно уточнить, что женщины в возрасте моложе 30 лет и старше 50 лет, по статистическим данным, традиционно принадлежат к возрастному контингенту, склонному к суицидальным интенциям.

Инструментом оценки суицидального риска было выбрано интервью. Порядок проведения и лист-опросник интервью были разработаны совместно с психологом суицидологической службы, при этом преследовалась цель адаптировать процедуру интервью для медицинских сестер, а именно сокращение временных затрат при максимальной информативности, т. е. создание системы скрининга.

Для оценки достоверности применяемой методики параллельно проводилось тестирование по валидизированной Шкале безнадежности Бэка. Данная шкала используется в различных исследованиях, включая изучение возможности предвидения самоубийства.

Оценка риска самоубийства сложна и в каждом случае индивидуальна. Нет таких признаков, по которым можно было бы достоверно распознать человека, готового к самоубийству. Важно было не только правильно задавать вопросы и интерпретировать ответы, но и наблюдать за выражением лица, внешностью, позой, жестами и прочими невербальными признаками. Любая мелочь может иметь значение. Порой то, о чем пациент умолчал, оказывается важнее его слов, а бездействие – важнее поступков. В связи с этим проводился анализ информации, полученной из десятидневных листов наблюдения, журналов учета изме-

нения состояния и дифференцированных режимов наблюдения. Эти данные позволили разработать памятки как для медицинских сестер, так и для родственников пациентов.

У пациентов с хроническими психическими заболеваниями на первый план выступают эмоционально-волевые изменения личности – это аутизация, формальность в общении, склонность к диссимуляции, отсутствие критики к болезни, и за всей этой симптоматикой бывает легко проследить начало обострения психотической симптоматики (психопродукция: страхи, голоса, бред самообвинения, самоуничужения и т. п.), свидетельствующей о повышении суицидального риска. Многие семьи живут в постоянном ужасе, что их близкий совершит суицид. К несчастью, большинство не могут говорить об этом открыто, и поэтому не в состоянии научиться узнавать признаки суицидальных попыток и своевременно вмешаться.

Медицинская сестра обязана, прежде всего, уметь выслушать пациента, заставить его раскрыться и за сбивчивым и противоречивым рассказом услышать крик о помощи, увидеть отчаяние и одиночество. К любым угрозам самоубийства необходимо относиться серьезно. Важно обеспечить пациенту безопасность и моральную поддержку. Иногда для этого бывает достаточно помочь пациенту открыть свои чувства родным и друзьям, а тех, в свою очередь, убедить в том, что с ним надо проводить больше времени и не уходить от откровенных разговоров.

В период с 11 июня 2011 года по 31 января 2012 года было обследовано 90 пациенток. Результаты проведенного скрининга показали, что из общего числа интервьюированных, у 39 женщин выявлен суицидальный риск. Из них у 23 женщин – средний и у 16 – высокий показатель суицидального риска (рис. 1).

В свою очередь, результаты тестирования по шкале Бэка показали, что у 35 женщин из общего числа (90 пациенток) выявлена безнадежность, из них у 14 женщин – тяжелая безнадежность, и у 21 пациентки – умеренная (рис. 2). При использовании авторской шкалы суицидального риска вероятность по-



Рис. 1. Интервью (авторская система скрининга)



Рис. 2. Тестирование по Шкале безнадежности (Hopelessness Scale, Beck et al. 1974)



Рис. 3. Спектральный анализ психических расстройств

лучения положительного результата была выше, чем при использовании валидизированной шкалы Бека, что позволяет говорить о возможности использования интервью в работе.

Проведенный спектральный анализ полученных в ходе исследования данных показал, что из общего количества пациентов с выявленным риском 16 женщин составили пациенты с шизофренией, 11 – аффективные неперитические расстройства, включая биполярные, 7 – расстройства личности и поведения, 3 пациента – невротические и соматоформные расстройства, 2 – органическое расстройство личности (рис. 3). Полученные результаты позволяют с достоверностью утверждать, что пациенты со скрытыми суицидальными тенденциями есть в каждой группе.

Суицидальный риск при шизофрении определяется преимущественно психогенными реакциями, которые встречаются чаще всего на этапах созревания ремиссии, особенно после 2–3 госпитализации у лиц с благоприятным течением процесса и

сохранным ядром личности. Этот период является суицидоопасным, так как у пациента появляется критика к своему состоянию. Мотивы суицидального поведения психологически понятны и часто совпадают с таковыми у психически здоровых людей: осознание болезни и социальных ограничений, связанных с ней; потеря значимой работы и значимых людей; одиночество; потеря перспективы.

При аффективных расстройствах – суицидальный риск повышен в период выздоровления, когда у пациента восстанавливается критика и энергетический потенциал. В этот период возможен парадоксальный суицид, то есть исполняется суицидальное намерение болезни. Необходима суицидальная настороженность к таким пациентам – контроль приема антидепрессантов (особенно трициклических), так как наиболее частый способ суицида у этих пациентов – отравление антидепрессантами.

Использование интервью позволило скорректировать наблюдение за выявленной группой и уменьшить остроту «душев-

ной боли» за счет общения, проводимого в эмпатичной недирективной манере. Данная методика способствовала установлению рабочего альянса и возникновению комплаентности между медицинской сестрой и пациентами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всемирная психиатрическая ассоциация. Образовательная программа по депрессивным расстройствам. Том 2. Популяционные группы и профилактика суицида – перевод на русский язык с английского выполнен в Московском НИИ психиатрии под редакцией профессора В.Н. Краснова. М., 2010. – 302 с.
2. Бурмистрова Е.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде). Методические рекомендации для специалистов системы образования. М.: МГППУ, 2006. – 96 с.
3. Джалагония В. Суицид. Можно ли остановить беду? // Эхо планеты. – 2007. – № 34. – С. 40–45.

ПАМЯТКА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ. Состояние высокого суицидального риска

- «Потухший» взгляд, задержка дыхания, тяжелые вздохи, избегание контактов, сниженная речевая продукция, заторможенность, снижение двигательной активности. Реже тревожная ажитация, беспокойное повышение двигательной активности.
- Нарушение концентрации внимания, снижение памяти. Нерешительность, чрезмерные колебания в выборе даже незначительного решения.
- Затруднения в засыпании, пробуждения по ночам, раннее окончательное пробуждение, отсутствие удовлетворенности ночным сном, чувство постоянной мыслительной работы по ночам. Ранние пробуж-

ждения (на два и более часов раньше обычного). Бессонница в ранние утренние часы может сопровождаться тягостными тревожными переживаниями с суицидальными мыслями.

- Понижение аппетита с потерей веса на 5 % и более от обычной массы тела также говорит о тяжести состояния. В некоторых случаях повышение аппетита и увеличение веса может служить бессознательной компенсацией отсутствия удовлетворения в других жизненных сферах.

- Задержка стула, сухость слизистых оболочек, снижение артериального давления.

- Проявления чувства вины/тяжелого стыда/обиды/сильного страха.
- Высокий уровень безнадежности в высказываниях.
- Факт недавнего/текущего кризиса/утраты.
- Выраженное физическое или психическое страдание (болевого синдром – «душевная боль»).
- Отсутствие социально-психологической поддержки/не принимающее окружение.
- Нежелание пациента принимать помощь/недоступность терапевтическим интервенциям/сожаления о том, что «он жив».

ИНТЕРВЬЮ

Ф.И.О. пациента: _____

Инструкция: вслух прочитайте утверждения интервью и поставьте в случае согласия пациента с утверждением «+», в случае несогласия с утверждением «-».

№ п/п	Утверждения	+/-
1	Вас часто беспокоят мрачные мысли	
2	Вам кажется, что Вас никто не понимает	
3	Когда с Вами несправедливы, вы во что бы то ни стало пытаетесь доказать, что Вас обидели напрасно	
4	Вы остро переживаете неприятности и долго не можете выкинуть мысли об этом из головы	
5	Вы считаете, что у Вас нет будущего	
6	Вы считаете, что смерть является искуплением грехов	
7	Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем	
8	В случае неудачи Вам трудно начать дело снова	
9	Жизнь настолько тяжела и безрадостна, что если бы смерть наступила от несчастного случая («упал бы кирпич на голову»), то это было бы не так уж плохо	

Выводы интервьюирования: _____

Ф.И.О. медицинской сестры _____

Роспись _____

Дата _____

Интерпретация

Каждый положительный ответ на утверждение – 1 балл.

Максимальный счёт – 9 баллов:

0–3 балла — риск не выявлен;

4–6 баллов — средний риск;

7–9 баллов — высокий риск.

ПАМЯТКА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ. Правила проведения интервью

Основным инструментом оценки суицидального риска является интервью с пациентом, наблюдение за ним, информация, полученная от третьих лиц и из медицинской документации.

Процесс общения с пациентом, как и любое социальное взаимодействие, носит двунаправленный характер: медицинская сестра не просто объективно и беспристрастно оценивает состояние пациента, но эмоционально реагирует на его вербальные и невербальные послания, что неизбежно вносит элемент субъективизма в оценку риска.

Смысл интервью заключается в избегании моральных оценок. Например: медицинская сестра пытается убедить пациента в «греховности», «аморальности» его мыслей или действий, пытаться «наставить на путь истинный» и пр. Обычно такое поведение усиливает у пациента чувства вины и стыда, препятствует открытому диалогу.

Интервью базируется на эмпатичном принятии пациента и его эмоций. Эмпатия подразумевает искренность медицинской сестры, сопереживание, но не психологическое «слияние» с пациентом. Некоторых из эмоций, которые возникают в процессе коммуникации с пациентом, практически невозможно избежать, так как они базируются на личностных особенностях медицинской сестры. Однако их можно отследить и оценить, как они могут повлиять на поведение пациента и адекватность оценки риска суицида. Проанализированное собственное чувство, как правило, снижает свою интенсивность, что делает возможным «принять» противоречивые эмоции и поведение пациента без моральной оценки и личной обиды.

У депрессивных пациентов часто нарушены коммуникативные способности. Это может проявляться в замедлении ассоциативных процессов и темпа речи. Медицинская сестра «подстраивает» темп речи, громкость голоса под особенности пациента.

Следование данным принципам общения способствует формированию доверительного контакта и дает возможность пациенту говорить о негативных чувствах.

ПАМЯТКА ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ

Признаки суицидального поведения

- Избыточная грусть или угрюмость: долго длящаяся грусть или перепады настроения могут быть симптомами депрессии, основным фактором риска суицида.

- Неожиданная невозмутимость: внезапное спокойствие после периода депрессии или угрюмости может быть признаком того, что человек принял решение окончить свою жизнь.

- Самоизоляция: выбор в пользу одиночества и избегание друзей или социальной деятельности тоже являются возможными симптомами депрессии, лидирующей причины самоубийств. Это включает в себя потерю интереса и удовольствия от деятельности, которой человек занимался раньше.

- Изменения личности и/или изменения во внешности: человек, который думает о суициде, может показывать изменения в отношении или поведении, например, говорить и двигаться непривычно быстро или медленно. Кроме того, человек внезапно может перестать обращать внимание на свою внешность.

- Опасное или пагубное для самого себя поведение: потенциально опасное поведение, такое как неосторожная езда, незащищенный секс, увеличение употребления наркотиков и/или алкоголя может обозначать, что человек больше не ценит свою жизнь.

- Недавняя травма или жизненный кризис: глубокий жизненный кризис может запустить попытки суицида. Кризис включает в себя смерть любимого человека или животного, развод или разрыв отношений, диагноз серьезного заболевания, потерю работы или серьезные финансовые проблемы.

- Выполнение приготовлений: часто, человек, который думает о самоубийстве, начинает приводить в порядок личные дела. Это может включать в себя посещение друзей и родственников, раздачу личного имущества, написание завещания, уборку своей комнаты или дома. Некоторые люди перед совершением самоубийства пишут записки.

- Угроза покончить с собой: не все, кто задумал самоубийство, говорят об этом, и не каждый, кто угрожает покончить с собой, это делает. Однако каждую угрозу покончить с собой необходимо воспринимать серьезно.

Кто, скорее всего, совершит самоубийство?

Самый высокий процент суицидов у подростков, молодежи и лиц преклонного возраста. Самый высокий процент самоубийств среди людей после 65 лет. Риск самоубийства также выше в следующих группах:

- люди преклонного возраста, потерявшие мужа или жену из-за смерти или развода;

- люди, которые уже пытались покончить с собой в прошлом;

- люди с семейной историей самоубийств;

- люди, у которых есть друг или коллега, покончивший с собой;

- люди, которые подвергались физическому, эмоциональному или сексуальному насилию;

- не состоящие в браке, с низкой квалификацией или безработные;

- люди, испытывающие продолжительную боль или с инвалидизирующей, или неизлечимой болезнью;

- люди, которые предрасположены к насилию или импульсивному поведению;

- люди, которые были недавно выпущены после психиатрической госпитализации (этот переходный период очень часто пугает их);

- люди определенных профессий, например, полицейские или работающие в здравоохранении, которые имеют дело с неизлечимо больными пациентами;

- люди с проблемами злоупотребления алкоголем и наркотиками.

Несмотря на то, что женщины чаще совершают попытки самоубийства, мужчины чаще доводят дело до конца.

Можно ли предотвратить самоубийство?

Во многих случаях самоубийство может быть предотвращено. Исследования показывают, что лучший путь пред-

отвращения самоубийства – это знание факторов риска, внимательное отношение к признакам депрессии и других психических расстройств, распознавание предупредительных признаков суицида и вмешательство до того, как человек сможет закончить процесс саморазрушения. Люди, которые получают поддержку от заботливых друзей и семьи, которые имеют доступ к услугам психического здоровья, реже поддаются своим суицидальным импульсам, чем те, кто изолирован от источников заботы и поддержки. Если кто-либо, кого вы знаете, демонстрирует предупредительные признаки суицида, не бойтесь спросить, есть ли у нее или у него депрессия или думает ли он/она о самоубийстве.

В некоторых случаях человеку всего лишь нужно знать, что кому-то не все равно, и он ждет возможности поговорить о своих чувствах. Затем вы можете посодействовать человеку в поиске профессиональной помощи.

Что я должен делать, если кто-то, кого я знаю, думает о суициде?

Если кто-либо, кого вы знаете, угрожает самоубийством, воспримите эту угрозу серьезно:

- Не оставляйте человека одного. Если это возможно, попросите о помощи друзей или членов семьи.

- Попросите человека отдать вам боевое оружие, которое он или она может иметь. Заберите или удалите острые предметы и все остальное, чем человек может нанести себе вред.

- Пытайтесь, насколько это возможно, удерживать человека в спокойном состоянии.

- Позвоните «03» или отвезите человека в приемный покой больницы.

Некоторые пациенты могут долго скрывать мысли о самоубийстве, диссимулировать. При расспросе заболевшего, близкие должны осмотрительно уточнить, не чувствует ли человек, что жизнь для него потеряла смысл. Нет ли у него желания, вечером отправляясь спать, утром не проснуться. Обдумывает ли он способы самоубийства.

КАДРОВЫЙ КРИЗИС ГЛАЗАМИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ СЕСТРИНСКИХ СЛУЖБ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ



■ **Балаева Г.Ю.**,
главная м/с НУЗ «Отделенческая
клиническая больница на ст. Киров»
ОАО «РЖД», руководитель
информационно-аналитического
комитета Кировской ассоциации
медицинских сестер

О кадровом кризисе в сестринском деле говорят много и часто. Членами Правления Ассоциации медицинских сестер Кировской области было принято решение обсудить ситуацию более детально с руководителями сестринских служб региона. В итоге состоялось анкетирование, охватившее лечебные учреждения города Кирова и Кировской области.

В анкетировании участвовали респонденты разных возрастных групп. Стаж работы опрошенных главных и старших медицинских сестер до 5 лет – 4%; от 6 до 10 лет – 5%; от 11–15 лет – 11%; от 16–20 лет – 18%, свыше 20 лет – 62%. Таким образом, современный руководитель – это, чаще всего, медицинская сестра в возрасте 40–50 лет, имеющая стаж работы более 20 лет.



Удалось выяснить и уровень образования руководящего звена. Высшее образование имеют 28% опрошенных руководителей; 20% – повышенный уровень образования по специальности «Сестринское дело» и 52% руководителей имеют только специальное образование.

По результатам анкетирования выяснилось – кадровая проблема существует во многих лечебных учреждениях города Кирова и Кировской области. Неблагоприятная обстановка отмечается как в амбулаторно-поликлинической службе, так и в стационарных отделениях.

Респондентам предлагалось указать, какие кадровые проблемы существуют. Многие отметили текучесть сестринских кадров, старение коллективов медицинских сестер, нехватку в практическом здравоохранении молодых специалистов. По мнению респондентов, молодые специалисты морально и психологически не готовы работать, их пугает сложность выполняемых процедур, большой объем выполняемой работы, высокая физическая и эмоциональная нагрузка, невысокий престиж сестринской профессии.

Основная же причина нехватки кадров очевидна – низкий уровень защищенности трудовых и социально-экономических прав и интересов среднего медицинского персонала, отсутствие мотивации и низкая заработная плата.

К сожалению, итоги анкетирования подтверждают, что ситуация с кадровым обеспечением медицинскими сестрами неуклонно ухудшается.

Руководители сестринских служб убеждены, что имеющиеся структуры управления сестринским делом необходимо реформировать, и ведущую роль в этой работе должны играть медицинские сестры – специалисты сестринского дела. **Добиться успеха можно только объединением усилий всего сестринского сообщества.**

Проблема нехватки кадров среднего медицинского персонала в городе и на селе характерна не только для нашего региона, но и для всей страны. Данной проблемой обеспокоены специалисты департамента здравоохранения, преподаватели Кировского медицинского колледжа и работники лечебных учреждений.

В Кировском медицинском колледже состоялся педагогический совет на тему «Педагогика сотрудничества как главный способ привлечения выпускников для работы в учреждения здравоохранения города Кирова и области». Совместное обсуждение оказалось весьма продуктивным в плане поиска способов изменения ситуации в позитивную сторону.

По итогам совместного общения педагогов и гостей было принято решение создать Совет по содействию трудоустройству выпускников колледжа, продолжать укреплять материально-техническую базу колледжа, чтобы приблизить ее к реальной практической деятельности, организовать учебные комнаты на базах стационаров и поликлиник и активно привлекать работодателей к участию в образовательном процессе. Не останется без внимания профориентационная работа и организация стажировок преподавателей колледжа на базах учреждений здравоохранения.

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 19.03.2012 № 329н утверждено «Положение о порядке допуска лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала». В Кировской медицинской академии создана комиссия для студентов, пожелавших работать в качестве среднего медицинского персонала, в состав которой вошли представители медакадемии и медколледжа, департамента здравоохранения. Один раз в месяц комиссия проводит экзаменационный день. Во время экзамена студенты пишут тест, на мультимедиа показывают практические навыки и проходят собеседование. В Кирове новшество стали использовать с декабря прошлого года. Состоялось 3 экзамена. Допуск к работе получили 36 человек. Некоторые из них уже устроились работать в учреждения здравоохранения г. Кирова. Еще более 30 студентов подали заявки и сейчас готовятся к экзаменационным испытаниям.

«Веселые старты» в Радужном



■ **Скрипняк Наталья Григорьевна,**
зав. кабинетом медпрофилактики
Центра здоровья

Свой профессиональный праздник – Международный день медицинской сестры – медицинские работники МБУЗ «ЦГБ» г. Радужного Тюменской области в этом году встретили весело, со спортивным задором состязаясь в ловкости и скорости в соревнованиях «Веселые старты».

На торжественном открытии праздника прозвучало видеопоздравление Президента РАМС В.А. Саркисовой. С приветственным словом к участникам мероприятия обратился главный врач О.Б. Шкилев, который поздравил средних медработников с профессиональным праздником и пожелал всем здоровья, удачи и хороших спортивных результатов.



«Веселые старты» стали действительно очень веселым и спортивным праздником, который собрал и объединил медицинских работников отделений (более 200 человек) и показал, что такие мероприятия полезны и нравятся не только детям, но и взрослым.

После окончания соревнований все участники были награждены грамотами и ценными подарками.

Как сказал, поздравляя призеров соревнований, главный врач О.Б. Шкилев: «Противящихся на самом деле нет. Все участники

получили заряд бодрости и массу положительных эмоций. А значит, цель организаторов спортивного праздника достигнута».

Здоровый образ жизни помогает нам выполнять наши цели и задачи, успешно реализовывать свои планы, справляться с трудностями, а если придется, то и с колоссальными перегрузками. Крепкое здоровье, поддерживаемое и укрепляемое самим человеком, позволит ему прожить долгую и полную радостей жизнь.

Мы за здоровый образ жизни! А вы?

РОЛЬ ГОТОВЫХ ПРОЦЕДУРНЫХ НАБОРОВ

в повышении качества медицинских услуг и снижении риска заражений

■ **Божена Крымска,**
специалист-медсестра в сфере
эпидемиологии и кардиологии,
медсестра в сфере эпидемиологии,
Силезский центр заболеваний сердца,
г. Забже (Польша)

Качество медицинских услуг – это удовлетворение или превышение ожиданий пациента, соответствие стандартам и степень реализации поставленных целей. По мнению Х. Ленартович, медицинское обслуживание высокого качества – это обслуживание, отвечающее определенным критериям, демонстрирующее

соответствие современным профессиональным знаниям и обеспечивающее в данных условиях получение желаемых результатов, связанных со здоровьем пациента. Качество оказываемых медицинских услуг очень существенно, поскольку касается абсолютной ценности – жизни и здоровья пациентов, которые пользуются данными услугами.

Несмотря на то, что качество в конечном итоге является результатом должным образом оказанной медицинской услуги, для каждой из сторон – исполнителя и пациента – оно является чем-то разным.

1. Для пациента качество медицинской услуги связано с возвращением

здоровья или его улучшения после выхода из больницы.

2. Для работника медицинского учреждения качество связано с соответствием этой услуги современному уровню профессиональных знаний и с улучшением состояния здоровья пациента без побочных эффектов.

3. Для руководства медицинского учреждения качество – это услуга, предоставленная на высоком уровне при соответственно низких затратах на ее предоставление.

Каждая медицинская процедура состоит из нескольких этапов:

- подготовка комплекта принадлежностей;

- осуществление медицинских вмешательств;
- утилизация медицинских отходов;
- документация процедуры;
- подготовка оборудования, инструментов многоразового использования для повторного применения.

Каждый из этих этапов требует усилий, средств и времени. Выполнение процедуры в разных условиях, особенно в экстренных случаях и на интенсивных дежурствах, несет в себе большой риск совершения ошибки, что, несомненно, влияет на качество процедуры и тем самым на качество всей медицинской услуги.

Все вышеперечисленные этапы можно упростить и ускорить посредством использования специальных стерильных наборов, предназначенных для проведения конкретных медицинских процедур и вмешательств (например, Matoset). Подготовка набора самостоятельно в медицинском учреждении включает в себя комплектацию соответствующего количества медицинских приборов и инструментов, лекарств и перевязочных материалов для выполнения данной процедуры. Использование готового комплекта помогает сэкономить время подготовки, особенно если данная процедура выполняется в срочном порядке. Медсестре не нужно задумываться, сколько и чего приготовить и что именно требуется. Продукт в виде готового набора принадлежностей дает гарантию комплектности материалов, необходимых для выполнения данной процедуры с точки зрения их качества и количества.

Содержание готового набора само по себе говорит о необходимости совершения всех надлежащих действий и не позволяет пропустить какое-либо из них. Примером может служить оптимальное количество шести тупферов в комплекте для катетеризации мочевого пузыря. Использование данного количества тупферов априори позволит провести тщательную дезинфекцию в области мочеиспускательного канала.

Наружная упаковка в виде твердого блистера, который часто бывает многокамерным, может послужить в качестве емкости для жидкостей или отходов, избавляя от необходимости ис-

пользовать дополнительные предметы.

Готовые наборы позволяют выполнять процедуры, открывая лишь одну стерильную упаковку, что значительно снижает количество отходов, например, наружной упаковки от стерильной марли, перчаток, шприцев и т. п. Наборы подобраны оптимальным образом для проведения конкретной процедуры, в результате чего вмешательство любого типа осуществляется с использованием одного и того же количества инструментов и перевязочных материалов. На практике, когда мы самостоятельно комплектуем набор, мы склонны открывать большее количество, например, перевязочных материалов (марли, ваты) про запас, на всякий случай, чтобы мало не оказалось.

Процедура, выполненная с помощью готового набора, легко стандартизируется и позволяет легко осуществлять мониторинг использования материалов и тем самым подсчитывать затраты.

Очень легко наводить порядок после выполненной процедуры. Все, что было использовано, представляет собой единый медицинский отход. В связи с тем, что все, что находится в комплекте, предназначено для одноразового использования, весь материал отправляется в отходы и нет необходимости в сортировке.

Благодаря прилагаемым к каждому набору самоклеющимся этикеткам крайне просто документировать выполненную процедуру.

Использование в комплекте одноразовых инструментов приводит к экономии, вытекающей из отсутствия необходимости их стерилизации. Процесс стерилизации требует дополнительных затрат: вода, электроэнергия, дезинфекционные препараты, стерилизационные упаковки, тесты процесса стерилизации, а также человеческие ресурсы.

Одним из самых больших достоинств готовых наборов является предотвращение нежелательных последствий, например, инфицирования. Возвращаясь к вопросу качества медицинских услуг, следует отметить, что системная работа по предотвращению ошибок в медицинских процедурах является очень существенным моментом для обеспечения высокого каче-

ства медицинских услуг. Снижение количества инфекций – это объективный показатель качества медицинских услуг, а каждое инфицирование, которое произошло и которого можно было избежать, является поражением медицинского подразделения, предоставляющего медицинские услуги. Готовые наборы, рассчитанные на конкретную процедуру или вмешательство, являются гарантией стерильности всех элементов (инструментов и перевязочного материала), использованных для выполнения процедуры. Тем самым ответственность за стерильность, и, как следствие, за качество медицинского изделия, переносится на производителя данного изделия.

Несомненно, использование в медицинской практике готовых комплектов и процедурных наборов повышает качество и комфорт работы медицинского персонала, снижает затраты, а также ведет к достижению удовлетворенности пациентов уровнем оказанной услуги. А лучшее качество медицинского обслуживания приводит к увеличению конкурентоспособности медицинского учреждения на рынке.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Цюрюсь М. «Гигиенические процедуры в учреждениях здравоохранения», Институт проблем здравоохранения, Варшава, 2009.
2. Дыковская Г., Опольский Я. «Качество медицинских услуг, пакет самообразования», Варшава, 2001.
3. Хечко П.Б., Вуйковская-Мах Я. (ред.) «Госпитальные инфекции. Учебник для групп контроля инфекций», Государственное издательство медицинской литературы, Варшава, 2009.
4. Холуб Я. «Стратегия конкуренции качества на рынке медицинских услуг» [W:] Ногальский Б., Рыбицкий Е. (ред.), «Современное управление учреждением здравоохранения». Дом организатора, Торунь, 2002.
5. Ленартович Х. «Управление качеством в сестринском деле», СЕМ, Варшава, 1998.
6. Маценг А., Крушевский К., Топчевская-Тылинская К., Михалек Я. «Роль процессов, стандартов и процедур в формировании качества медицинских услуг», Альфа-медика, Бельско-Бяла, 2007.
7. Пьонтек А. «Улучшение качества сестринского дела» [W:] Ксыкевич-Дорота А. (ред.) «Основы организации сестринского дела». Издательство «Челей», Люблин, 2004.



Matoset

Наборы для проведения медицинских манипуляций и процедур:

- наборы перевязочных средств
- процедурные наборы
- наборы для проведения операций
- наборы одноразовых инструментов

Преимущества использования стерильных наборов Matoset:

■ безопасность

- гарантия микробиологической чистоты
- минимизация риска заражений
- гарантия стерильности до момента вскрытия единичной упаковки

■ комфорт в работе

- нет необходимости комплектовать, упаковывать, стерилизовать
- наборы имеют этикетку типа TAG

■ ЭКОНОМИЯ

снижение затрат на:

- приобретение нестерильного материала
- упаковку для стерилизации, вспомогательные материалы (тесты для стерилизации, этикетки), а также на сам процесс



БЕЗОПАСНОСТЬ И КОМФОРТ В РАБОТЕ

Работа – это смысл моей жизни...

■ Гаранина О.П.,

президент Краснодарской региональной общественной организации медицинских сестер Кубани (КРООМС), заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.В. Очаповского».

В чем самая большая цель жизни? Я думаю: увеличивать добро в окружающем нас мире. Добро – это, прежде всего счастье и здоровье людей. Самая большая ценность в мире – жизнь: своя и чужая, жизнь на всем ее протяжении – и в прошлом, и в настоящем, и в будущем. Если человек живет, чтобы приносить людям добро, облегчать их страдания во время болезни, давать надежду на жизнь, то он гуманен и человечен, а это черты интеллигентности, проявляющиеся не только в знании, но и в способности к пониманию другого, профессионально значимые в деятельности медицинской сестры.

В 2012 году за достигнутые трудовые успехи и многолетнюю добросовестную работу Указом Президента Российской Федерации **процедурная медицинская сестра отделения онкогематологии** ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» министерства здравоохранения Краснодарского края **Нижегородцева Ольга Юрьевна** была награждена **Медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени**.

Подобные события в нашем регионе происходят не каждый день, и мне хочется представить сегодня всему сестринскому сообществу России нашу героиню.

Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом детской краевой клинической больницы Вера Васильевна Сахарова говорит об Ольге Юрьевне: «Она очень хороший работник не только потому, что идеально выполняет свои профессиональ-



ные обязанности, а потому, что выполняя их, сама от этого получает моральное удовлетворение, дышит и живет своим делом!»

Общественный стаж Ольги равен стажу ее работы в детской краевой больнице, из них почти пятнадцать лет она посвятила маленьким пациентам с онкологическими заболеваниями крови.

В своей профессиональной деятельности она никогда не искала легких путей: сначала работа в отделении реанимации детского стационара, затем в отделении искусственной почки, а после его реструктуризации – в отделении онкогематологии, – таков трудовой путь нашей героини.

«Когда мне предложили перейти в отделение онкогематологии, я сомневалась, стоит ли, прекрасно понимая, что будет трудно, но решила попробовать. **Работа для меня – это моя жизнь**, и я не могу себе даже представить, чем бы еще могла заниматься: дети – мое призвание. Дорожу коллективом, в котором работаю уже столько лет, вместе с которым переживаю и горестные, и радостные события в жизни», – говорит Ольга Юрьевна.

Для любой семьи дети с онкологическим заболеванием – огромная беда, с которой они просто не могут справиться самостоятельно. Учитывая

сложность и тяжесть заболеваний, маленькие пациенты вместе с их родителями находятся на длительном лечении в отделении онкогематологии, становятся частью большой семьи, состоящей из пациентов, их родителей, врачей, психологов, воспитателей, медицинских сестер и санитарок. Главная задача этой «большой семьи» – внутренний настрой маленького пациента. Если ребенок настроен на борьбу с болезнью, а родители и медицинский персонал смогут пробудить в нем желание выстоять и выжить, этот положительный настрой поможет ребенку достичь больших успехов в лечении.

«...У нас есть пациенты, которые после удачного завершения курса лечения часто навещают наше отделение, приходят просто в гости как к самым близким и родным людям. Одна бывшая пациентка уже родила двоих детей, мальчик оканчивает медицинский институт, – говорит Ольга Юрьевна. – Наши дети – особенные, – продолжает она, – уже в четыре года они безоши-



Медаль ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени

бочно называют препараты, которые им капают, и прекрасно знают показатели крови. Однажды я поинтересовалась у пятилетней девочки, которая пропустила несколько курсов лечения, почему ее так давно не было? «Что ты, Юрьевна? – возмущенно ответила та. – Ну, я же совсем не могла к тебе идти, у меня сильно упали тромбоциты...»

Объем профессиональных обязанностей, выполняемых медицинской сестрой в отделении онкогематологии, напрямую зависит от самочувствия ребенка. Если ребенку плохо, очень важно найти возможность просто поговорить с ним, погладить его, посидеть рядом, поскольку для него очень важен физический контакт. Если ребенок чувствует себя относительно хорошо, то можно организовать для него какую-нибудь игру, почитать ему или вместе порисовать, просто развеселить его и отвлечь от болезни, помочь познакомиться и подружиться с другими детьми, находящимися на лечении: в игре и общении время проходит быстрее. Играя и общаясь со своими друзьями, иногда дети могут совершенно забыть о своем горе.



деления детской онкогематологии, чтобы дети имели возможность находиться на лечении в более комфортных условиях», – говорит Ольга Юрьевна.

Быть рядом с больным ребенком, помогать переносить процедуры химиотерапии, которые даже взрослым трудно переносить, находить нужные слова родственникам в тяжелые минуты – это и есть подвиг в мирное время. В завершении очерка о человеке – гуманисте, профессионале очень хочется выразить слова благодарности Нижегородской Ольге Юрьевне и всем сотрудникам отделения детской онкогематологии за их нелегкий труд и теплоту души, которую они ежедневно отдают своим пациентам.

В канун профессионального праздника хочется пожелать здоровья вам, вашим детям и близким, мира, материального благополучия, стабильности и уверенности в завтрашнем дне! Профессиональная деятельность медицинской сестры – это искусство, достойное внимания и уважения как государства, так и живущих в этой стране граждан.

«Самым актуальным и значимым в работе считаю психологическую составляющую общения с матерью ребенка «новичка», которому диагноз только установили и процедура осмысления ситуации ей еще предстоит», – продолжает рассказ Ольга Юрьевна.

«Чему я так и не смогла научиться за свою трудовую деятельность – это улыбаться в ответ ребенку, машущему мне ручонкой, улыбающемуся, говорящему «до свидания» и уходящему домой умирать... Дети мечтают о радостных днях беззаботного, без болезни детства, а я мечтаю о скорейшем строительстве нового от-

*У нас профессия такая,
Что станет до последних дней
Твоею болью боль чужая,
И радость – радостью твоей.
Оберегайте это чувство!
И разве есть страшнее зло,
Когда сестричества искусство
Вдруг превратится в ремесло...*



ДИАЛОГ С ПРЕЗИДЕНТОМ

ПЕРЕД ЛИДЕРАМИ АССОЦИАЦИИ ВПЕРВЫЕ ОТКРЫЛАСЬ ВОЗМОЖНОСТЬ ПРЯМОГО ОБЩЕНИЯ С РУКОВОДСТВОМ СТРАНЫ

28–29 марта в Ростове состоялась первая конференция Общероссийского народного фронта (ОНФ), посвящённая обсуждению и реализации положений статьи Президента РФ Владимира Путина «Строительство справедливости. Социальная политика для России». Статья была опубликована во время его предвыборной кампании.

В конференции приняли участие около 500 человек: Президент, его доверенные лица, руководители штабов общественной поддержки, активисты фронта, представители экспертного сообщества и общественных организаций. Среди них были и наши лидеры: президент Астраханской ассоциации – Аношко Валентина Петровна и президент Брянской ассоциации – Третьякова Лариса Анатольевна.

Конференция была посвящена обсуждению наиболее острых социальных проблем, о чем свидетельствовали названия прошедших в ее рамках круглых столов: «Россия – страна без бедности», «Достойный труд и престиж человека труда», «Крепкая семья и защита детей», «Здоровье граждан – здоровая Россия», «Традиции и качество образования».

Делегаты РАМС приняли участие в работе круглого стола «Здоровье граждан – здоровая Россия». Здесь присутствовало 95 человек. «Круглый стол» прошёл конструктивно, при высокой активности участников. Участниками поднимались самые острые вопросы – по проблемам стандартизации здравоохранения, недофинансированию, справедливости введения платных услуг в государственных лечебных учреждениях при конституционном

праве бесплатного лечения и многие другие.

Отрадно то, что многие решения, предложенные В.В. Путину во время работы конференции, не остались просто на бумаге, а уже воплощаются в жизнь. В настоящее время решается вопрос по высшему образованию медицинских сестер (утверждение ФГОС по бакалавриату), планируется работа на экспериментальных площадках (Республика Татарстан и г. Астрахань) по новой модели оказания медицинской помощи с обеспечением кадрового баланса врач–медсестра 1:4. Президентом изданы Указы о введении награды «Герой труда» самым заслуженным людям труда.

Мы надеемся, что среди таких людей будут и медицинские сестры.

На встрече с Президентом присутствовала и фельдшер из Кемеровской

области, награжденная медалью «За веру и добро» Наталья Осипова, призвавшая Президента рассмотреть вопрос заработной платы медицинских работников на селе.

Во время открытого микрофона поднимались вопросы о проблемах сестринского дела в России. Валентине Петровне удалось заострить внимание участников круглого стола на необходимости поддержки престижа профессии медицинской сестры, кадровом планировании, рациональном использовании потенциала сестринских кадров. Ассоциация настаивает на том, чтобы особое внимание уделялось решению социальных проблем сестринского персонала. Государством должно быть гарантировано и реализовано право медицинских сестер на достойную и благополучную жизнь, на возможность воспитывать своих детей и давать им качественное образование, организовывать интересный досуг и отдых. Нельзя, чтобы причастность к самой гуманной в мире профессии раз и навсегда возводила вокруг профессионального сообщества

социальную границу, черту, перейдя за которую человек лишается благ, доступных представителям многих других профессий.

Л.А. Третьякова во время открытого микрофона еще раз упомянула о важной роли медицинского персонала на селе. Лариса Анатольевна обратила внимание Президента на необходимость ликвидации пробела в государственных программах привлечения и закрепления медицинских работников в части поддержки специалистов среднего звена: «Везде звучит должность "врач". В сельской местности даётся жильё, даётся миллион врачу. А средний медработник? На ФАПах некому работать. Нет в сельской местности ни фельдшеров, ни медсестер, а на них всё держится. Ведь это такой пласт, это связующее звено между врачом и пациентом. Вся тяжесть ложится на плечи медицинских работников среднего звена. Необходимо, чтобы в программу были включены именно эти специалисты...

Если после окончания медицинского училища или колледжа моло-

дой специалист поедет в сельскую местность, ему предоставят жильё и при этом дадут какую-то материальную поддержку, – поверьте, он там останется, создаст семью и будет работать на благо сельской медицины», – убеждала Президента Лариса Третьякова.

Делясь впечатлениями, Лариса Анатольевна отметила, что Президент прислушивается к мнению специалистов, ему важно знать, что происходит в той или иной области, ему интересен взгляд людей, непосредственно знающих о проблемах своей области и путях решения этих проблем. Это взаимодействие, эта связь – связь народа и власти – очень важна.

Формат встреч доверенных лиц и представителей общественных организаций будет продолжаться. На июнь назначено проведение съезда Общероссийского народного фронта.

Представители региональных ассоциаций, доверенные лица Президента и лидеры РАМС смогут продолжить инициированный Президентом диалог.

ДОРОГУ ОСИЛИТ ИДУЩИЙ

В ДЕВЯТИ РОССИЙСКИХ РЕГИОНАХ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ РАМС БУДУТ РЕАЛИЗОВАНЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ИНИЦИАТИВЫ СПЕЦИАЛИСТОВ



В течение многих лет Ассоциация медицинских сестер России проводит профессиональные конкурсы, стремясь определить лучших мастеров своего дела, распространить опыт их работы, рассказать о важных начинаниях. В этом году формат работы несколько изменился – мы решили провести конкурс грантов. Согласитесь, в современном мире важно не только уметь генерировать идеи, но также успешно их представлять. Без средств для реализации идея остается мечтой, несбыточным проектом, а в купе с материальной поддержкой идея – двигатель прогресса!

Итак, конкурс РАМС прошел по семи номинациям. Победителям в канун профессионального праздника были вручены свидетельства РАМС и предоставлено финансирование в размере 50 тысяч рублей. Спешим позна-

комить вас с героями этой новой программы Ассоциации.

В номинации «Качество жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями» победил сестринский коллектив Красноярского федерального центра сердечно-сосудистой хирургии во главе с Натальей Быковой. Вместе с коллегами Наталья Викторовна работает над созданием школы для пациентов, перенесших аорто-коронарное шунтирование.

В номинации в поддержку онкологических пациентов победила дружная команда Кемеровского областного хосписа и Кемеровской ассоциации в составе и медицинских сестер и врачей. В рамках предложенной инициативы будет создана школа для пациентов – «Жизнь без боли».

Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн из Республики

Марий Эл одержал победу в номинации по уходу за тяжелобольными пациентами. Здесь Елена Мухаметгалиева ведет активную методическую работу по обучению сестринскому уходу как родственников, так и медицинских сестер.

Лучшим детским проектом был признан проект Марины Корепиной и коллектива Вологодской детской городской поликлиники № 1 – «Истоки здоровья», о котором мы подробно рассказываем на страницах этого выпуска «Вестника».

Предложив проведение массовой ярмарки здоровья «Берегите сердце», специалисты отделения неотложной кардиологии Омской ГКБ скорой помощи № 1 во главе с Натальей Николаевой одержали безоговорочную

ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР



- **Коровина Е.В.,**
старшая медсестра*
- **Грибкова И.А.,**
эндоскопическая медсестра*
- **Гвоздев А.А.,**
врач-эндоскопист*
- **Кашин С.В.,**
заведующий отделением*
- **Груздева И.И.,**
директор ГБУЗ ЯОКОБ*
- **Капранов В.А.,**
ведущий программист**
- **Попов С.В. ****
* ГБУЗ ЯО «Клиническая
онкологическая больница»,
г. Ярославль
** Ярославский государственный
университет имени П.Г. Демидова,
г. Ярославль

Введение. Ежегодно в эндоскопическом отделении ГБУЗ ЯО «Клиническая онкологическая больница» выполняется более 10 000 исследований. Роль эндоскопической медицинской сестры и степень ее участия в исследовании особенно возрастает в сложных диагностических случаях, при выполнении лечебных манипуляций и эндоскопических операций. Поскольку в большинстве случаев пребывание пациента в эндоскопическом отделении ограничено определенными временными рамками, заполнение специфической документации при большом потоке исследований создает значительные трудности в работе медицинского персонала. В 2009 году для оптимизации работы врачей и медицинских сестер, а также для улучшения кон-

троля качества исследований на базе эндоскопического отделения совместно с программистами Ярославского государственного университета имени П.Г. Демидова была разработана эндоскопическая медицинская информационная система (ЭМИС).

Задачи и цели. Основной задачей исследования являлась оптимизация работы врачей и среднего медицинского персонала эндоскопического отделения. Целями исследования были: 1) внедрение ЭМИС в ежедневную практику; 2) оценка возможности использования ЭМИС для нужд медицинских сестер; 3) усиление контроля качества эндоскопических исследований и обработки аппаратов и медицинского инструментария.

Материалы и методы. ЭМИС разработана с целью фиксирования, хранения и передачи всей получаемой в ходе эндоскопического исследования информации. Ядром системы является автономный компьютер, заменяющий видеоманитофон, который автоматически фиксирует видеозображение с эндоскопа в исходном качестве (эквивалентно отображаемому на мониторе эндоскопа). Во время работы производится анализ видеопотока, и при его остановке «замороженный» (не менее чем на 2 секунды) кадр сохраняется в отдельный файл.

С подключением компьютера к сети компьютер становится точкой хранения (удаленным диском) видео- и графических объектов. Объем и длительность хранения ограничены только размером дискового пространства компьютера.

С целью управления производственными и трудовыми ресурсами, записи пациентов на исследования, компиляции результатов исследования, отображения информации о состоянии пациента в течение всего пребывания в отделении, а также статистической обработки различных

данных был разработан специализированный блок ЭМИС – электронная база данных.

Медицинская сестра самостоятельно и независимо от врача заносит в ЭМИС данные о пациенте и исследовании, которые можно разделить на предпроцедурные, интрапроцедурные и постпроцедурные. Предпроцедурные данные включают в себя: запись пациента в электронный журнал регистрации эндоскопических исследований, его демографические и гендерные характеристики, а также информированное согласие на эндоскопическое исследование, подготовка толстой кишки к исследованию, аллергический и лекарственный анамнез, премедикация, характеристики эндоскопа, вид его обработки. Во время процедуры медсестра заносит данные витальных функций (частота пульса и уровень оксигенации крови), указывает лекарственные препараты, которые были использованы во время исследования. В постпроцедурном периоде в ЭМИС вводятся данные витальных функций пациента, а также данные о биопсийном материале и операционных препаратах.

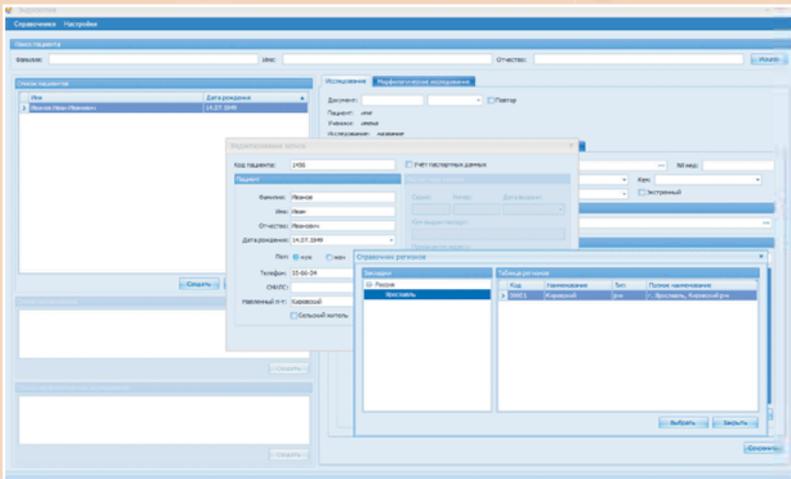
Результаты. Все данные о пациенте в режиме реального времени поступают в общую базу данных и сохраняются, что дает возможность предупредить развитие нежелательных эффектов и осложнений. Участие медицинской сестры в заполнении данных позволяет снизить временные затраты врача на формирование протокола исследования. Внедрение ЭМИС повысило индивидуальную ответственность медицинских сестер, что отразилось в плавном и равномерном повышении их профессиональных навыков. Использование ЭМИС дало возможность контролировать обработку и дезинфекцию эндоскопов, а также их логистику. Поступающие в пред-, интра- и постпроцедурном периоде данные являются контрольными точками и дают возможность руко-

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА (ЭМИС)



Консультации

Контроль качества



Интерфейс информационной системы

Создание протокола исследования и формулировка заключения

Вывод информации на плазменные панели в ординаторской



Общий вид операционной: видеосистема Olympus EXERA II и Olympus UM 60; компьютер (элемент ЭМИС), который кодирует, хранит и передает в режиме реального времени информацию; ноутбук с интерфейсом ЭМИС

водителям (заведующему отделением и старшей медсестре) осуществлять контроль качества.

Заключение. В эпоху активного развития эндоскопии, появления новой сложной дорогостоящей техники и новых диагностических и лечебных процедур повышаются требования к качеству и безопасности диагностических и лечебных исследований. Повышаются и требования к уровню подготовки медперсонала, в том числе медицинских сестёр. Интеграция различных процессов организации работы современного эндоскопического отделения требует создания новых программных продуктов в рамках государственной программы информатизации здравоохранения. ЭМИС на интуитивно понятном уровне позволяет управлять производственными и трудовыми ресурсами, в любой момент времени предоставляет информацию об очистке и декомтаминации аппаратов и инструментария, их перемещении в пределах отделения. Составной частью базы данных является электронный журнал записи пациентов, который отражает целостную картину работы отделения, дает возможность связаться с любым пациентом посредством телефонной связи или через электронную почту для напоминания о первичном или повторном визите к врачу на исследование. Важным элементом нового программного продукта является контроль за использованием эндоскопов на всех этапах медицинских манипуляций, дезинфекции и хранения, а также своевременное определение сроков профилактического ремонта исходя из их реальной нагрузки. Участие врачей и сестер в оформлении электронного медицинского протокола всех этапов эндоскопического исследования, данных о пациенте и эндоскопической технике обеспечивают рост качества исследований и операций, повышают их безопасность и высокий контроль качества.

ИЗ НАУКИ – В ПРАКТИКУ

ПРИМЕНЕНИЕ АМЕРИКАНСКИХ РЕСУРСОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА В ОНКОЛОГИИ



■ Гейл Мэллори



■ Мария Дрийвер



■ Барбара Мандлеко



■ Джанет Ларсон



■ Елена Савинцева

Стремление применять научные данные для совершенствования сестринской практики сегодня приобретает глобальное звучание. Перед специалистами встает вопрос: как наиболее эффективно применять научные ресурсы, преодолевая культурные и географические границы? Очевидно, что кратчайший путь к распространению научных данных лежит в плоскости развития сотрудничества между специалистами разных стран и обмену накопленным опытом. Разработка научных ресурсов, ранее созданных и успешно применяемых в другой стране, является хоть и возможной, но весьма дорогостоящей и требующей времени альтернативой. Сотрудничество же по обмену научными ресурсами может содействовать процессу их применения и позволит медицинским сестрам сконцентрироваться на задаче адаптации данных к тем клиническим проблемам, которые перед ними стоят, а также на задаче их внедрения в практику.

Одним из способов обмена опытом являются встречи коллег на международных конференциях. Одна из таких встреч некогда состоялась в ходе Американо-Российской сестринской круглой конференции, участницей которой стала главная медицинская сестра онкологического диспансера из Санкт-Петербурга. Благодаря встрече с коллегами из Сообщества онкологических медсестер ей удалось познакомиться с ресурсами доказательной сестринской практики, разработанными ONS и применяемыми в сестринской практике США. Так, несколько лет назад

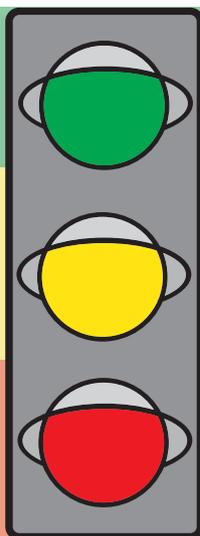
было положено начало изучению вопроса о возможности адаптации американских научных ресурсов для сестринской помощи в России. В этой статье мы постараемся осветить основные научные ресурсы ONS, которые могут вызвать практический интерес у российских специалистов.

Введение в научно обоснованную практику

В одной из ранее опубликованных в «Вестнике РАМС» статей ее авторы – Мария Дрийвер, Барбара Мандлеко и Джанет Ларсон привели определение доказательной сестринской практики как практики, в которой основой для принятия решений, действий и взаимодействия с пациентами и их близкими применяются научные данные. Доказательная практика позволяет объеди-

нить наилучшие имеющиеся научные данные, профессиональный опыт специалистов, а также ценности и предпочтения пациентов, их близких и общества (Мелинк и Файнаут-Оверхолт, 2005, Сигма Тета Тау, Положение о научно обоснованной сестринской практике). Доказательная практика – это особый подход к принятию клинических решений, проистекающий из необходимости решения имеющихся проблем. Если для специалистов актуально достижение более высоких показателей лечения, то научный подход просто незаменим.

Данное определение доказательной практики, объединяющее такие ключевые понятия, как использование наилучших доступных научных данных, опора на ценности и предпочтения пациента и применение экспертного опыта специалистов, является общим



Зеленый = ДЕЙСТВУЙ!

Научные данные поддерживают применение вмешательства на практике

Желтый = БУДЬ ОСТОРОЖЕН!

Достаточных данных для подтверждения или опровержения эффективности вмешательства нет

Красный = ОСТАНОВИСЬ!

Научные данные доказывают, что вмешательство либо неэффективно, либо может причинить вред

для всей медицины. Перед медицинскими сестрами и другими работниками здравоохранения стоит задача его применения, т. е. обеспечения транзита научных данных из науки в практику, из статей и баз данных в ежедневную работу сестринского персонала. Одной из проблем в реализации этой задачи является преодоление культурных и географических границ, обуславливающих многообразие подходов к организации сестринской помощи.

Сообщество онкологических медсестер США: разработка научных ресурсов для деятельности медицинских сестер онкологической службы

Сообщество онкологических медсестер (ONS) – это профессиональная ассоциация медицинских сестер онкологических учреждений США, объединяющая более 35 тысяч членов. Миссия организации состоит в достижении совершенства при оказании сестринской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями (<http://www.ons.org>). Начиная с 2005 года, члены организации приступили к разработке научно обоснованных ресурсов для совершенствования практики и помощи больным и членам их семей.

Разработка ONS научно обоснованных ресурсов «Из науки в практику» предполагала решение следующих задач (Eaton & Tipton, 2009):

1) Определение проблем пациента, на которые способно повлиять вмешательство со стороны медицинской сестры – будь то усталость, вызванная химиотерапией тошнота и рвота, тревога или нарушение сна.

2) Проведение поиска научных статей, в которых рассматривается эффективность тех или иных сестринских вмешательств, помогающих преодолеть проблемы пациентов.

3) Обобщение и критическая оценка обнаруженных научных данных.

4) Объединение научных данных в поддержку каждого сестринского вмешательства, определение того, насколько весомы научные данные, разработка материалов, содействующих ускоренному применению научных данных на практике.

Для выполнения этой финальной задачи специалистами ONS было при-

нято решение об использовании модели светофора (рис. 1). Сестринским вмешательствам в зависимости от имеющейся доказательной базы присваивался один из его цветов. Зеленый означает – рекомендовано для практики, желтый – эффективность или бесполезность вмешательства научно не подтверждена и красный – говорящий о том, что исследованиями подтверждена неэффективность вмешательства или возможный вред пациенту вследствие применения такого вмешательства.

Оценив имеющиеся научные данные, специалисты ONS попутно выполнили еще одну задачу – выявили те сестринские вмешательства, которые в принципе не имели научной базы, но были ранее протестированы при помощи исследований. Вмешательства, которые успешно применялись на практике, но не имели доказательной базы, получили статус «одобренных экспертами» и отмечались фиолетовым цветом.

Все этапы критической оценки, синтеза, ранжирования научных данных в пользу каждого сестринского вмешательства прошли рецензирование, к которому привлекались медицинские сестры, обладающие экспертным опытом в онкологии и опытом научной работы.

После того, как весь объем научной работы был выполнен, возникла новая дилемма – в какой форме следует опубликовать ее результаты, чтобы их использование медицинскими сестрами на практике было максимально простым и удобным?

В результате материалы были опубликованы ONS в форме карманных карточек. В 2006–2008 годах публиковался комплект из 16 карточек – для решения 16 проблем пациентов с онкологическими заболеваниями. В 2009 году эксперты Сообщества онкологических медсестер подготовили книгу «Из науки в практику: Улучшение результатов лечения» (Eaton & Tipton, 2009). В 2011 году вышло дополнение к этому изданию, где научная оценка была дана сестринским вмешательствам уже по 20 проблемам пациентов (Irwin, Eaton and Tipton, 2011):

- анорексия;
- тревога;
- тяжесть бремени лица, оказывающего помощь;

- когнитивные расстройства;
- недержание мочи;
- депрессия;
- диарея;
- одышка;
- усталость;
- приливы;
- лимфодема;
- микозы;
- тошнота и рвота после химиотерапии;
- периферическая нейропатия;
- профилактика кровотечений;
- профилактика инфекций;
- лучевые дерматиты;
- кожные реакции;
- нарушения сна.

Поскольку со временем появляются все новые и новые научные данные, процесс подготовки научных рекомендаций для практики также должен носить непрерывный характер. В 2013 году ONS провело очередной раунд переоценки научных ресурсов; в этой работе уже приняли участие 150 членов организации, с тем чтобы в 2014 году у всех специалистов появился обновленный справочник рекомендованных сестринских вмешательств для решения проблем пациентов с онкологическими заболеваниями.

На веб-сайте ONS представлены все научные статьи в поддержку тех или иных сестринских вмешательств, данные о проведенных исследованиях, размере и качественных характеристиках выборки, инструментов исследований, их результатов и весомости. С помощью функции быстрого просмотра можно быстро найти данные о том, насколько весомыми являются научные данные в поддержку вмешательства, определения, учебные материалы и список литературы. Организацией готовятся и более подробные монографии. Так, в 2012 году на основе изучения проблем тошноты и рвоты у пациентов, проходящих химиотерапию, экспертами ONS была издана отдельная монография (Irwin, Lee, Rodgers, Starr & Webber).

В 2006 году ONS приступила к проведению семинаров о том, как использовать разработанные ресурсы на практике, как оценивать качество их применения. Специалисты ONS внедряли программы наставничества для учреждений, осуществляющих внедрение научных рекомендаций. Затем

была инициирована программа сотрудничества ONS и Европейского общества онкологических медсестер по переводу и адаптации научных ресурсов для стран Европы.

Знакомство российских медсестер с ресурсами ONS «Из науки в практику»

Итак, в ходе круизной конференции Елене Савинцевой – главной медицинской сестре онкологического диспансера – удалось познакомиться с научными ресурсами ONS. Обсуждение научных материалов коснулось как их содержания, так и вероятных барьеров в последующем внедрении в российских учреждениях. Среди вероятных ограничений, в первую очередь, актуальны следующие:

1. Доступность рекомендуемых медикаментов (например, для преодоления тошноты и рвоты, вызванной химиотерапией, рекомендуется применение лекарств, которые в России и США могут отличаться).

2. Регулирование сестринской профессии в России и США отличается, поэтому выполнение отдельных вмешательств медицинскими сестрами возможно в США, но невозможно в России и других странах.

3. Выполнение некоторых рекомендаций требует специальной подготовки, которая может быть недоступна медицинским сестрам отечественных ЛПУ.

Ограничения весьма серьезны и о них не стоит забывать. Но важно помнить и о том, что медицинским сестрам следует знакомиться с научно обоснованными ресурсами, касающимися своей практики, учиться оценивать весомость научных данных, стоящих за конкретными вмешательствами, осознавать, что ряд вмешательств не имеют доказательной базы и составляют «экспертный опыт».

Одним из важнейших доказательных ресурсов ONS, по мнению Елены Савинцевой, являются рекомендации по борьбе с тошнотой и рвотой (Irwin, 2009), поскольку именно эти осложнения распространены среди пациентов, проходящих химиотерапию, и существенно осложняют процесс лечения. Знания медицинских сестер о профилактике тошноты и рвоты исключительно важны для нормализации жизни пациентов, которым предписаны длительные курсы химиотерапии. «Протоколы ONS привлекают внимание. Их яркое оформление, применение модели светофора помогают донести информацию о научных данных в простой и доступной форме», – отметила Елена Ивановна, комментируя материалы Общества онкологических медсестер.

Дальнейшее обсуждение научных ресурсов ONS, в том числе по преодолению тошноты и рвоты, может стать ценным практическим ресурсом для работы медицинских сестер в нашей стране. Задача изучения и адаптации

ресурсов не будет простой, но с высокой долей вероятности принесет изменения в сестринскую практику и позволит улучшить результаты лечения и качество жизни пациентов с онкологическими заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Driever, MJ, BL Mandelco & JI Larson (2011). Formulating Questions to Guide the Use of Evidence in Nursing Practice?
2. Eaton, L.H. & Tipton, J.M. (2009). Putting Evidence into Practice: Improving Oncology Patient Outcomes. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society.
3. Eaton, L.H., Tipton, J.M. & Irwin, M. (2011). Putting Evidence into Practice: Improving Oncology Patient Outcomes, Vol. 2. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society.
4. Irwin, M.M., Lee, J., Rodgers, C., Starr, P., & Webber, J.R. (2012). Putting Evidence into Practice: Improving Patient Outcomes – Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society.
5. Melynk, BM & Fineout-Overholt, E. (2005). Evidence-based Practice in Nursing and Healthcare: A Guide to Best Practice, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
6. Oncology Nursing Society (2013). Putting Evidence into Practice (PEP). Retrieved from <http://www.ons.org/research/PEP>.
7. Sigma Theta Tau International Position on Evidenced-Based Nursing (revised 2005) retrieved from http://www.nursingsociety.org/aboutus/PositionPapers/Pages/EBN_positionpaper.aspx.

ДОРОГУ ОСИЛИТ ИДУЩИЙ

Окончание.
Начало см. на с. 21

победу в номинации «Лучший городской проект».

Интересный сельский проект, достойный поддержки и внедрения, был разработан коллективом Областной больницы № 14 Тюменской области в селе Казанское. Инструктор ЛФК Наталья Шептала вместе с коллективом сестер будет продолжать работу с контигентом пожилых пациентов – привлекать к здоровому и активному образу жизни в клубе скандинавской ходьбы.

Сестринскими инициативами будет охвачена и молодежь – Галина Гиненко и Елена Пальчук из Белгородской ОКБ им. Святителя Иосафа разработают независимую сестринскую технологию по выявлению факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Поддержку национальной ассоциации получили и два региональных проекта, причем оба направлены на пропаганду и продвижение здорового образа жизни. Один проект будет реализован в Новосибирской области – силами Ассоциации и колледжа и под руководством Людмилы Гололобовой, президента РОО НПАССД. Второму проекту дорога будет открыта в Ивановской области специалистами об-

ластного ПТД им. М.Б. Стоюнина. Возглавит творческий и организационный процесс Татьяна Кудряшова, зав. кабинетом профилактики.

Как видите, специалисты сестринского дела полны решимости защищать здоровье и качество жизни больных на всех фронтах. Мы уверены, что с каждым годом число перспективных сестринских инициатив будет множиться, а финансировать их вслед за Национальной ассоциацией медицинских сестер будут готовы и различные государственные и общественные фонды. А пока позвольте еще раз поздравить победителей и пожелать им успешно пройти по пути внедрения намеченных перемен!

НАША ЦЕЛЬ – ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО

ПРИНЦИПЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ОЧЕРЕДНОСТИ ПАЦИЕНТОВ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ



■ **Е.Н. Буш**



■ **В.Х. Мазайкина,**

муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Клинический консультативно-диагностический центр», г. Кемерово

Считаем, что актуальнее темы в первичном здравоохранении не только для персонала, но и для пациентов нет. В связи с этим, в Кемеровской области перед медицинскими работниками была поставлена задача – изучить проблему очередей и разработать стратегию борьбы с ними.

В ходе анкетирования медицинских сестер нашей организации удалось установить, что проблема очередей стоит очень остро, однако идеи ее решения отсутствуют.

Современная поликлиника для обычного человека – это, прежде всего, наличие квалифицированных специалистов, современного оборудования, высокого уровня обслуживания. Человечество в борьбе за здоровье преодолело много опасных заболеваний, а вот «болезнь очередей» так и осталась в коридорах наших лечебных организаций.

Ожидание в очереди до приема врача – это стрессовый фактор для

пациента, влияющий на уровень удовлетворенности и степень лояльности к медицине, да и время пациента само по себе очень ценно. Первая встреча пациента с медицинской сестрой должна вызвать у него готовность к сотрудничеству. Умение медицинской сестры наладить доверительные отношения с пациентом – ключевой фактор для взаимодействия в процессе дальнейшего лечения. Медицинская сестра профессионально и качественно должна оценить ситуацию, оптимально построить маршрут пациента, что очень важно для регулирования очередности на амбулаторном этапе, эффективном проведении диагностики, лечения и реабилитации.

Для повышения качества помощи нами были разработаны схемы-рекомендации по организации процесса сервисного обслуживания пациентов и тест-опросы, которые оптимизируют работу медицинской сестры, врача и позволяют пациенту быть уверенным в получении этой помощи.

Придя за 10–15 минут до начала приема, медицинская сестра должна провести «летучий опрос» всех пациентов. Далее сделать анализ записанных на прием пациентов и тех, кто не записывался заранее, а затем отрегулировать поток пациентов. Во время амбулаторного приема медицинская сестра вызывает пациента по имени отчеству, выходя для этого в коридор, и попутно знакомится с вновь пришедшими. В этот момент и должна происходить регулировка.

Для того чтобы пациенты быстрее получили консультацию, были осмотрены специалистом в кратчайшие сроки, в системе поликлинической службы необходима еще одна структурная единица – это доврачебный кабинет. Здесь может получать обслуживание весь поток внеплановых пациентов. Работу осуществляет фельдшер самостоятельного приема по специальности «Лечебное дело».

Посетители доврачебного кабинета

1. Пациенты, обратившиеся cito, т. е. экстренные пациенты:

- оказание доврачебной помощи (направление в процедурный кабинет по cito или прием лекарственных средств сублингвально, peros);
- проведение минимального обследования для дифференциальной диагностики (направление в клиническую лабораторию, рентген-обследование и др.);
- постановка предварительного диагноза;
- назначение обследования и рекомендации по лечению данного заболевания;
- оценка трудоспособности пациента;
- выписка листа нетрудоспособности на 3–5 дней и последующее наблюдение лечащего врача.

Для медицинской сестры, работающей на амбулаторном приеме, важно:

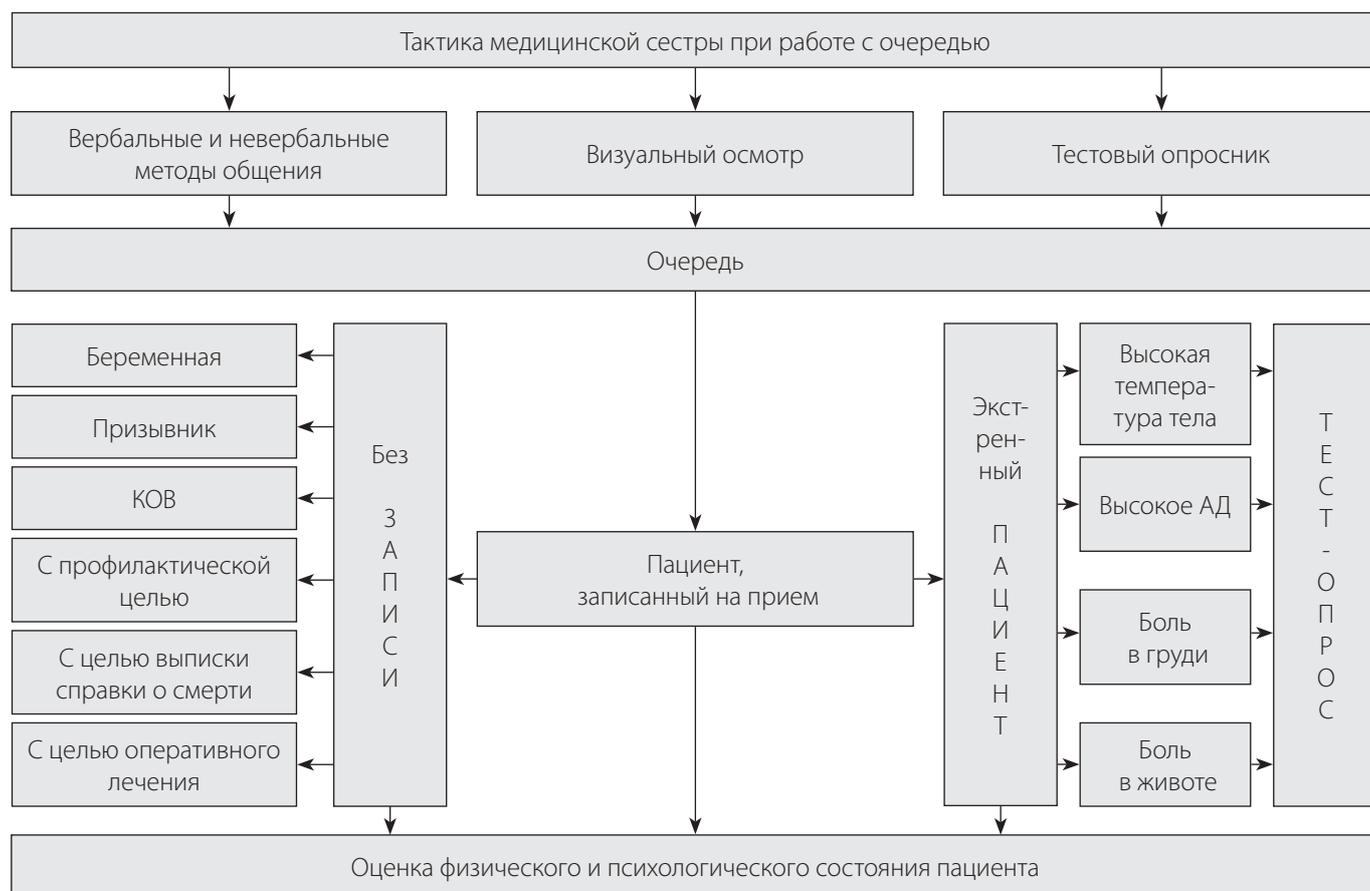
Быть доброжелательной, терпеливой, наблюдательной.

При подготовке работы кабинета к приему врача учитывать наличие всех бланков, просматривать полученные результаты диагностических исследований.

При сортировке анализов – следовать системе, чтобы во время приема не отвлекаться на рутинную работу.

Четко знать расписание работы доврачебного кабинета, чтобы провести сортировку посетителей врача.

Обращать внимание на пациентов в очереди, пришедших не для консультации, а за справкой, результатом анализа, талоном на исследование, чтобы минутное дело не отнимало у людей драгоценного времени.



2. Пациенты, обратившиеся после консультаций узких специалистов, для получения направления на лечение в процедурный кабинет, в дневной стационар, на госпитализацию в стационар, а также направления на дообследования и повторный осмотр узкого специалиста.

3. Пациенты, обратившиеся с целью оперативного лечения для выписки направлений на обследования, согласно перечня госпитализации в стационар.

4. Пациенты льготной категории с целью выписки льготных рецептов согласно ДЛО, ранее не записавшиеся к лечащему врачу.

5. Пациенты, обратившиеся с целью выписки рецепта по форме 048/у, по назначению узких специалистов.

6. Заполнение справок для получения санаторно-курортного лечения, санаторно-курортных карт, назначения стандартного обследования (ОАК, ОАМ, ФЛГ, ЭКГ, консультация гинеколога) и по необходимости обследование основного заболевания.

7. Пациенты, обратившиеся повторно после лечения, с целью разъяс-

нения результатов обследования и дальнейшей тактики.

8. Пациенты, которым требуется профилактический осмотр или допуск к вакцинации или ревакцинации профилактических прививок.

9. КОВ и пациенты, состоящие на «Д» наблюдении с хронической патологией с целью прохождения диспансеризации.

10. Беременные с целью заполнения соматической карты для представления в женскую консультацию.

11. Призывники с целью выписки направлений на обследования и консультации узких специалистов по направлению из военкомата.

Функции доврачебного кабинета

12. Осуществление контроля над прохождением ежегодного флюорографического обследования всех обратившихся пациентов доврачебного кабинета и гинеколога для женщин.

13. Проведение антропометрии, измерение артериального и глазного давления, температуры тела и др.

14. Участие в организации и проведении профилактических медицинских осмотров.

15. Участие в проведении санитарно-просветительной работы среди населения.

16. Повышение квалификации путем изучения соответствующей литературы, участия в конференциях и семинарах.

Наш опыт показывает, что открытие доврачебного кабинета – это одна из эффективных стратегий борьбы с очередями. Пациенты, не теряющие при получении необходимой помощи ни минуты времени, покидают поликлинику в приподнятом настроении, а это наш дополнительный вклад в их выздоровление. И, наоборот, те, кто сталкивается с огромными очередями, в дальнейшем склонны к самолечению, к неосознанному или осознанному отказу от квалифицированной помощи в ущерб своему здоровью.

Сегодня мы продолжаем работать над дальнейшим совершенствованием работы амбулаторно-поликлинического звена. Надеемся, что наш опыт будет полезен коллегам.

ЭТИЧЕСКИЙ КОМИТЕТ РАМС

ЗАДАЧИ И НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



■ **Кудрина Т.В.**,
член правления РАМС, председатель
Этического комитета, президент
Ивановской областной ассоциации

Несмотря на стремительное развитие и усложнение медицинских технологий, взаимоотношения больного, врача и медицинской сестры остаются центральным звеном и опорой всей медицинской помощи. Именно эти отношения и определяет древнейший раздел науки – медицинская этика, проблематику которой впервые обозначил Гиппократ.

Этические принципы в медицине направлены на защиту прав и интересов пациента, и, казалось бы, они должны быть абсолютно гуманны. Однако в реальной жизни все обстоит не так просто. Медики часто бывают поставлены в такую ситуацию, когда им приходится принимать решения, противоречащие правилам медицинской этики. В таком случае медицинская сестра пытается принять решение, которое причинит меньше зла.

Этическая проблематика с ее основным вопросом – об отношении между медицинской сестрой и пациентом – неотделима от любого вида медицинской деятельности. С древних времен общепризнанным и бесспорным было суждение о том, что нравственная культура медицинской се-

стры – это не просто заслуживающее уважение свойство ее личности, но и качество, определяющее ее профессионализм. Теряет ли силу эта оценка сегодня? Несмотря на быстрое развитие современного здравоохранения, на современные здания и оборудование, массу новых лекарственных препаратов, огромное количество дипломированных специалистов, наши пациенты нередко выражают недовольство здравоохранением. Основные жалобы на хамство, грубость медицинских работников, их черствость и безучастность. Мы не можем не признать, что порой плохо контролируем ситуацию, не можем обеспечить защиту прав пациента, например, на конфиденциальность его данных. Думаю, всем памятна ситуация, при которой члены семьи пациента, вызвав скорую помощь, были шокированы, когда вместо медиков на пороге их квартиры появился похоронный агент. Такие вопиющие факты не должны оставаться без внимания не только журналистов, но самих медицинских работников.

Именно поэтому в настоящее время на всех уровнях управления здравоохранением обсуждаются вопросы этики, создаются этические комитеты и комиссии.

С целью действенного участия медицинской общественности в защите прав, безопасности и здоровья пациентов; поддержания авторитета и репутации специалистов со средним медицинским образованием, а также соблюдения этических норм и правил Ассоциацией было принято решение о создании Этического комитета.

Ежегодно Этическим комитетом РАМС создается план работы, последовательно претворяются в жизнь обозначенные в нем мероприятия. Одним из достижений комитета является создание аналогичных структур на базе региональных ассоциаций. Взаимодействуя с ними, Этический комитет РАМС работает над выявлением и обсужде-

нием этических проблем, оказывает влияние на формирование единой позиции профессионального сообщества относительно неприемлемых форм поведения и работы сестринского персонала, содействует в процессе принятия сложных решений.

Как проинформировать пациента, не нарушив его права на достоверные данные о состоянии своего здоровья, одновременно не переступив за рамки своей компетенции; как организовать работу разных отделений стационара, особенно ОРИТ, таким образом, чтобы защитить личное пространство пациента. Как организовать процесс оказания помощи и систему контроля, чтобы сведения о пациентах были абсолютно защищены от третьих лиц. Как построить работу учреждения, чтобы на всем маршруте, от гардероба и регистратуры до кабинета врача и палаты в отделении, пациент не столкнулся с грубостью со стороны сотрудников учреждения? Все это лишь некоторые из этических задач, от выполнения которых зависит качество медицинской помощи.

Взаимодействуя с коллегами из других стран, Этический комитет продолжает работу над этической рубрикой журнала «Вестник». Надеемся, что публикации помогают многим его читателям в решении жизненно важных этических проблем.

Кроме того, Этический комитет реализует образовательные инициативы, среди которых в 2013 году врачесестринские конференции по этическим вопросам; изучение и внедрение в практику Этического кодекса, а также обучение председателей этических комитетов региональных ассоциаций.

Уважаемые коллеги! Каждая медицинская сестра должна помнить о гуманности выбранной профессии, только тогда терпимость, милосердие и доброта к пациенту помогут нам искоренить грубость, вспыльчивость и непонимание.

ИНФОРМИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

ПОЛНОМОЧИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



■ Том Фаллер,

доктор философии, профессор
кафедры медицинской этики,
Университет Портланда
г. Портланд, Орегон, США

Клинический случай. Больничная палата: медицинская сестра на вопрос больной о том, какая у нее болезнь, отвечает: «Если я скажу, что у вас, мне доктор язык отрежет». Вопрос: «Нарушила ли медсестра этическую и правовую нормы? Поясните».

Вопрос. Общепринятой нормой современного здравоохранения является открытость и доступность для пациентов сведений о состоянии их здоровья и проводимом лечении, т. е. ни врач, ни медицинская сестра эту информацию от самого пациента скрывать не должны. Этот принцип – принцип правдивости – отвечает праву пациента на автономию и самостоятельность в принятии решений о собственном лечении. Тем не менее, медицинская сестра не всегда может реализовать данное право пациента – ведь во многих учреждениях действует правило: сестринскому персоналу запрещается разглашать информацию о здоровье пациента до тех пор, пока ее не озвучит врач. Итак, попробуем решить, могла ли медицинская сестра ответить на вопрос пациента в приведенном примере.

Анализ. Как мы установили, правдивость – это общепринятое требование к медицинским работникам. Но для медицинской сестры выполнение

этого требования связано с определенными трудностями: находясь в ЛПУ, пациент может проходить лечение у одного или нескольких врачей. В идеале медицинская сестра и врач должны работать вместе и дополнять друг друга, однако иногда медсестра может попадать в ситуацию конфликта, не зная, чему подчиниться – правам и интересам лечащего доктора, либо своему долгу по отношению к пациенту.

Предоставление информации медсестрой пациенту может стать основной конфликта между ней и врачом. Несмотря на то, что и врачу, и медицинской сестре может быть доступна информация, волнующая пациента, прерогативой ее передачи обладает именно врач. Как отмечает в своей работе «Сестринская практика: этические вопросы» А.Л. Джеймтон: «Многие медицинские сестры связаны обязательством неразглашения новой информации, т. е. им не разрешается рассказывать пациенту о том, что пока не доведено до его сведения самим врачом».

В результате введения такой политики медицинская сестра может попасть в сложную ситуацию. Она может считать своим долгом передать пациенту определенной информации, однако это может быть запрещено правилами учреждения; медицинская сестра может поделиться информацией с пациентом, заранее зная, что ее откровенность станет предметом конфликта с лечащим врачом. Тот факт, что медицинские сестры проводят с пациентами гораздо больше времени, чем врачи, еще в большей степени обостряет эту проблему. Пациенты и их близкие чаще всего обращаются с вопросами именно к медицинским сестрам, поскольку те всегда рядом. Поэтому возникает дилемма – как медицинской сестре ответить на вопросы пациента или членов его семьи, если имеется запрет на разглашение ин-

формации и эксклюзивной прерогативой на разглашение информации обладает лечащий врач?

Политика неразглашения новой информации не позволяет медицинской сестре следовать принципу правдивости в полной мере. Можно допустить, что говоря о чем-либо, специалист не должен выходить за рамки своей компетентности, т. е. полностью понимать смысл передаваемой информации, чтобы ни в коем случае не дезинформировать пациента. Однако только этого допущения недостаточно, чтобы ограничить медсестру в праве проинформировать пациента, как это принято сегодня во многих медицинских учреждениях. В действительности медицинские сестры лучше подготовлены к тому чтобы обсуждать с пациентами и их близкими информацию, связанную со здоровьем, ведь они этому учатся.

В поиске правильного ответа на поставленный этический вопрос медицинской сестре стоит обдумать профессиональные и правовые последствия своей откровенности с пациентом, вероятного превышения своих полномочий. Как указывает Л.Л. Куртин в своей работе «Этика в сестринском деле»: «До тех пор, пока профессиональное сообщество медицинских сестер не придет к единой позиции и не оформит ее посредством регламентирующих документов, медицинские сестры будут пребывать в неудобном положении, подчас указывающем на несостоятельность своей миссии вследствие конфликта профессиональных обязанностей, морального и этического долга и прав пациента».

В целом же следует рекомендовать следующее. Если вопрос пациента выходит за рамки компетенции медицинской сестры, то ей следует вежливо пояснить данное обстоятельство, а также помочь пациенту получить нужные сведения напрямую у врача.

СОЗНАТЕЛЬНОЕ ОТЦОВСТВО

ВОСПИТЫВАЮТ СРЕДИ УЧАСТНИКОВ «ШКОЛЫ ОТЦОВ»
МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ



■ **Сотникова Тамара Васильевна,**
медицинская сестра кабинета
медицинской профилактики
МБУЗ г. Прокопьевска Кемеровской
области «Городская больница № 4»,
детская поликлиника

Детская поликлиника является ведущим учреждением в системе детского здравоохранения. Главная ее особенность заключается в том, что через нее проходят все 100% детей, с самого рождения находясь под наблюдением медицинских работников. Здоровье малышей – это здоровье будущего нашей страны, самое ценное достижение общества.

По данным ВОЗ, здоровье человека на 50% зависит от семьи, из чего следует, что для выполнения столь ответственной задачи – сохранения и укрепления здоровья детей – в первую очередь родители нуждаются в помощи специалистов, обладающих необходимыми для этого знаниями. Эта обязанность в большей степени ложится на среднее звено работников поликлиники – медицинских сестер. В настоящее время практика работы с семьей охватывает преимущественно женщин – матерей новорожденных детей, но от занимаемой позиции отца ребенка также многое зависит, поэтому медицинским сестрам необходимо осуществлять активную работу и с мужчинами.

«Школа отцов», с 2011 года функционирующая при детской поликлинике го-

родской больницы № 4 г. Прокопьевска Кемеровской области, ставит перед собой цели формирования нового взгляда на отцовство, сочетающего в себе роль главы семейства и заботливого папы; обучения молодого отца навыкам ухода за ребенком, здоровому образу жизни малыша и профилактике заболеваний. Программа подготовки будущих отцов «Быть папой», разработанная в рамках работы «Школы отцов», дает каждому участнику возможность получить информацию о практике ухода за новорожденным ребенком, подготовиться к предстоящему событию человека, который не вынашивает и не будет рожать ребенка, не будет его вскармливать грудью, но который хочет присутствовать, участвовать в воспитании малыша.

В тех случаях, когда информация и методы подачи материалов по здоровому образу жизни малыша нацелены только на будущую мать ребенка, мужчины получают в семье вспомогательную роль «помощников» и не чувствуют своей сопричастности. Но многие возникающие проблемы по уходу за малышом может и должен разрешить мужчина. «Школа отцов» призвана стать методическим центром физической и психологической подготовки к отцовству. Программа, реализуемая в «Школе отцов», направлена на создание основы для позитивных изменений в жизни мужчины. Конечно, такая подготовка несет модификацию традиционного стиля поведения будущего отца. Для многих мужчин главной трудностью является нежелание принятия этих изменений. Одна из важных причин этого – низкий уровень информированности будущих отцов. И конечно, здесь важен уровень профессионализма и квалификации медицинского работника «Школы отцов», на котором лежит ответственность за сознательное отношение будущих родителей к здоровью их малыша и здоровой психоэмоциональной атмосфере в семье.

Как решить эти непростые задачи?

В первую очередь, медицинской сестре **необходимо создать условия для формирования у отца стремления к самоотдаче**, проявления заботы и любви к рожденному ребенку, так как малыш – это не только радостные поздравления друзей, но и бессонные ночи, новые нескончаемые тревоги и житейские хлопоты. Новоиспеченный отец должен быть готов разделить с матерью не только радости, но и появившиеся трудности.

Кроме этого, медицинской сестре **необходимо способствовать осознанию отцом своей значимости для ребенка**. Мужчина способен обеспечить полный уход за ребенком, за исключением грудного вскармливания. Он может пеленать его, качать, кормить так же умело, как и мать. Папа может заботиться о ребенке, реагировать на его запросы, организовать уход как за новорожденным ребенком, так и за детьми старшего возраста. Самостоятельно заботясь о своем ребенке, мужчина становится чутким к потребностям малыша, учится распознавать характерные сигналы и налаживать понимание на особом уровне. Это полезно для чувства уверенности в себе для молодого папы.

Медицинской сестре важно сделать акцент на том, что забота и уход отца за малышом способствуют также гармонизации отношений в семье, увеличению периода грудного вскармливания.

Особое внимание медицинской сестре следует уделять **изменению поведения отца с ориентацией на здоровье ребенка**. Важно донести до понимания отцов тесную взаимосвязь здоровья физического и нравственного. Поведение родителей – пример для ребенка: дети легко подражают всему, что видят и слышат. Поэтому надо следить за своим образом жизни, считаться с присутствием ребенка, начинающего рано все понимать, не допускать таких действий и разговоров, которые не должны повторяться в поведении ребенка.

Медицинской сестре важно отметить, что ставя в центр внимания здоровье ребенка, мужчина готовится к активному родительству и равноправным отношениям с супругой. В результате у родителей накапливается совместный жизненный опыт: они обладают равными правами, исполняют равные обязанности, имеют равные возможности и несут равную ответственность за здоровье малыша.

Учитывая специфику работы в «Школе отцов», можно с уверенностью говорить о повышенной ответственности медицинской сестры, ведущей это направление. Помимо внимательного отношения к здоровью детей и любви к своей работе, медицинская сестра обязана владеть достаточными знаниями в области педиатрии. Кроме этого, она должна выработать в себе наблюдательность, выдержанность, умение вести диалог, проявлять такт и осторожность.

Уже с самого начала деятельности «Школы отцов» **на медицинскую сестру возлагается ответственность за формирование группы.**

Для того чтобы заинтересовать потенциальных участников группы, желательно разработать информационный буклет, рассказывающий о работе «Школы отцов», ее положительном влиянии на семью и наиболее ярких примерах взаимодействия с молодыми родителями.

В процессе формирования группы медицинской сестре, работающей в «Школе отцов», необходимо провести беседу с каждым ее возможным участником в индивидуальном порядке, с целью оценки его заинтересованности, стиля поведения в семье, опыта ухода за детьми, отношения к отцовству. Человек, изначально отрицательно высказывающийся о своем отцовстве, враждебно относящийся к матери ребенка, не должен быть в составе участников. С таким человеком лучше работать индивидуально. Враждебное отношение может заложить конфликты в работе группы, а медицинская сестра в данной ситуации не сможет сосредоточиться на организации совместных действий.

Организатору группы следует помнить, что очень немногие из мужчин, ставших отцами, когда-либо участвовали в подобных занятиях. Отсутствие

опыта у участников – серьезный риск того, что некоторых мужчин такие встречи пугают, так как они считают их неестественными, ненужными и т. п. Медицинской сестре, организующей работу по программе «Школа отцов», необходимо приложить максимум усилий по мотивации мужчин на посещение не индивидуальных, а групповых занятий.

Здесь следует помнить, что оптимальное количество участников группы 6–10 человек. Группа, в состав которой входит менее шести человек, уязвима к распаду. Группа, превышающая десять участников, может оказаться трудноуправляемой: сложнее вызвать участников на откровенный разговор, а у того, кто предпочитает прятаться за спины других и оставаться в тени, становится больше шансов сделать это.

Для плодотворной работы группы **необходимо составить план работы «Школы отцов»**, включающий утвержденный календарь работы группы, даты и темы встреч.

Примерная схема занятия может выглядеть следующим образом:

1. Беседа по теме занятия, в том числе по уходу за ребенком в соответствии с анатомо-физиологическими возрастными особенностями.
2. Работа с информационным раздаточным материалом (памятки, буклеты).
3. Вопросы родителей по теме.
4. Обмен опытом между родителями.

Обеспечение работы группы по утвержденному плану не только в проведении конкретного занятия, но и всего цикла, позволяет концентрировать внимание на достижении главного практического результата – изменения поведения мужчин в интересах ребенка.

В начале каждого занятия необходимо обобщить итоги предыдущей встречи и обозначить тему встречи. При планировании занятий используются темы, имеющие наибольшее значение в уходе за детьми раннего возраста. Все последующие занятия должны преследовать определенную узкую цель, быть тематическими. На каждой из встреч медицинская сестра детально показывает особенности ухода за ребенком в соответствии с анатомо-физиологическими особенностями малыша; уделяет внимание вопросам закаливания, массажа и гимнастики. Обязательной явля-

ется часть занятий, посвященная важности грудного вскармливания, правильному выбору детского питания, предметов гигиены и одежды, других аксессуаров, необходимых ребенку. В процессе работы с группой следует воздержаться от цитирования учебников, используя больше практических советов из личного опыта или опыта участников групп.

К советам и пожеланиям участников группы важно относиться с уважением. В процессе работы необходимо проявлять чуткость и гибкость в отношении вопросов, которые отцы хотят обсудить, но при этом оставаться твердым в отношении тех тем, которые запланированы и являются важными. К вопросу, интересующему одного участника, следует подойти индивидуально.

Следующий ответственный этап работы медицинской сестры в «Школе отцов» – **обеспечение активности всех участников группы.**

При раскрытии содержания темы для беседы учитываются наиболее частые ошибки не только в вопросах здоровья и ухода за ребенком, но и в семейном воспитании. По своей сути «Школа отцов» – это неофициальное объединение мужчин, встречающихся для получения новых знаний, обсуждения реальных проблем и общения в интересах ребенка и семьи. Медицинской сестре важно активизировать работу группы вопросами, помогая участникам стать открытыми по отношению к другим членам группы, восприимчивыми к обсуждаемой теме.

На первой встрече в «Школе» необходимо совместно с участниками сформулировать правила, обеспечивающие участникам комфортную работу в группе. Уже на следующем занятии эти правила должны занять видное место в помещении, в котором проходят занятия.

Примерный перечень правил:

1. Закон «ноль-ноль» (о пунктуальности).
2. Без оценок: принимаются различные точки зрения, никто друг друга не оценивает, обсуждаются только действия – критика должна быть конструктивной.
3. Собственное мнение: уважается право каждого на собственное мнение.
4. Конфиденциальность: то, что происходит на занятии, остается между участниками.

5. Правило «Стоп»: если обсуждение какого-то личного опыта участников становится неприятным, тот, чей опыт обсуждается, может закрыть тему, сказав «Стоп».

6. Активность: чаще всего те, кто проявляют активность на занятиях, приобретают по окончании курса больше, чем те, кто был пассивен.

Медицинской сестре, работающей с группой, необходимо не только следить за соблюдением участниками выработанных правил, но и самой четко им следовать. Особенно важно следить за продолжительностью своих выступлений и выступлений участников, давая при этом возможность высказаться каждому.

Стоит отметить, что медицинской сестре важно воздержаться от оценки высказываний участников группы, их поведения, внешнего вида, правильности речи собеседника, его грамматических ошибок, при этом самостоятельно соблюдая грамматические нормы и правила.

Для плодотворной работы группы и установления контакта с каждым ее участником медицинская сестра тщательно **отбирает наиболее ценные в педагогическом отношении приемы** – обсуждение, советы, рекомендации, убеждение, раздаточный материал, ми-

ни-конференции, мозговой штурм, просмотр видеороликов.

С интересом проходят практические занятия, моделирующие реальные ситуации, во время которых отцы учатся быть заботливыми и принимают на себя обязанности по уходу за ребенком – эффективная форма обучения, не только учит полезным навыкам, но и дает новое понимание роли отца.

Примерный перечень ситуаций:

- смена подгузников;
- пеленание;
- купание;
- гимнастика и массаж.

Активный интерес у участников «Школы отцов» вызывают тематические выставки:

- «Игрушки и их роль в развитии ребенка первого года жизни»;
- «Средства ухода за малышом первого года жизни»;
- «Книги для детей и их родителей»;
- «Одежда для детей».

При организации выставки необходимо обратить внимание на ее оформление:

- все материалы должны распределяться по отдельным возрастным группам;
- желательно, чтобы игрушки и пособия были с краткими методическими указаниями по их использованию.

Применяя различные приемы и формы работы, медицинской сестре необходимо поддерживать оптимальное состояние интереса участников группы, не допускать утомления, рассеивания внимания.

Результативность работы «Школы отцов» по программе «Быть папой» нами отслеживалась двумя способами:

- 1) анкетирование участников до посещения занятий и по окончании обучения;
- 2) наблюдение за активностью отцов на приеме у врачей-педиатров.

Подводя итоги, можно отметить положительную динамику по следующим показателям:

- все участники перед началом занятий отмечали неуверенность в своей родительской компетен-



ции, а по окончании обучения в «Школе отцов» отметили появление уверенности в своих силах, отсутствие страха перед возможностью остаться с ребенком в отсутствие мамы, умея оказать практическую помощь в уходе за ребенком;

- отцы начали уделять больше внимания семье, малышу;
- мужчины признали важность оказания помощи супруге в таких «немужских» делах, как уборка по дому, приготовление пищи, стирка;
- они приобрели больше знаний по вопросам грудного вскармливания;
- отцы стали с пониманием относиться к вопросу вакцинации детей, приводить детей на профилактические прививки, интересоваться профилактикой болезней.

Для плодотворной реализации проекта «Школа отцов» необходимо слаженное сотрудничество всего коллектива детской поликлиники.

Создание «Школы отцов» зависит от плодотворности взаимодействия работы ее куратора с участковыми медицинскими сестрами, обеспечивающими приглашения будущих участников группы.

Медицинские сестры участка должны принимать активное участие в формировании группы.

Необходимым условием работы школы будущих пап является не только заинтересованность, но и практиче-





ская поддержка руководства детской поликлиники:

- необходимо так построить работу медицинской сестры, работающей с отцами, чтобы высвободить у

нее больше времени для подготовки занятий и непосредственного общения с ними;

- обеспечить просторное и комфортное помещение для проведения занятий с группой (его желательно оборудовать кулером для кипятка, организовать кофеварку);
- обеспечить спокойную работу группы (занятиям не должны мешать, в помещение не должны входить посторонние);
- приобрести необходимое оборудование (столы и стулья, вешалки для одежды, аудио- и видеопаратура и т. д.);
- обеспечить необходимой канцелярией на весь период работы «Школы отцов».

Финансовые решения – это тот порог, через который невозможно перешагнуть на одной инициативе.

Многие молодые отцы говорят о том, что хотели бы больше участвовать в уходе за детьми, чем это делали их



собственные папы, но не знают, как это осуществить. Организация «Школы отцов» при детской поликлинике – реальная возможность оказать теоретическую и практическую помощь семье.

Тени и тушь – главный источник бактерий в косметичке

Ваша тушь для ресниц может быть настоящим рассадником бактерий, включая и те, что очень опасны для здоровья. А все потому, что женщины крайне неохотно меняют косметику.

Проведенное в Великобритании исследование показало, что местные женщины спокойно пользуются косметикой, срок годности которой истек шесть лет назад. Эксперты называют это поведение потенциально опасным для женского здоровья. В просроченных косметических продуктах скапливаются токсины и бактерии, которые могут привести к серьезным глазным и кожным инфекциям.

Тени для глаз стали самым главным «долгожителем» в рейтинге хранения косметики, и некоторые британские дамы могут хранить их более семи лет после истечения срока годности. Кроме того, тени для глаз являются еще и значительным источником распро-

странения глазных инфекций, так как их наносят в зону непосредственно вокруг глаз. Далее по списку идут губная помада и жидкая основа для макияжа, которые держат, соответственно, по 4 и по 3 года дольше срока хранения.

Тушь для ресниц также является мощным источником заражения глазными инфекциями, но это не останавливает женщин, которые хранят ее на два года дольше положенного. Карандаш для бровей хранится, в среднем, три года после истечения срока хранения косметики. Ну а самыми заменяемыми обитателями косметички стали пудра, румяна и бронзер. Увы, даже они хранятся женщинами на год дольше того срока, что установлен производителем.

А 6% опрошенных женщин оказались настоящими экстремалками. Они хранят косметику по 14 лет дольше по-



ложенного и не боятся пользоваться ею. Это связано с тем, что дамы часто покупают в магазинах несколько помад или теней для глаз, и какие-то откладываются про запас на долгие годы.

«Белая ромашка» на Ставропольской земле

НОВЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ КОМАНДЫ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА



Н.А. Богинская,
заместитель главного врача по работе
сестринским персоналом ГБУЗ СК
«Краевой клинический
противотуберкулезный диспансер»

Ежегодно фтизиатрическая служба Ставропольского края проводит месячник по борьбе с туберкулезом. Вот и в этом году под руководством главного врача ГБУЗ СК «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер» Василия Спиридоновича Одинца, был проведен ряд мероприятий, посвященных Всемирному дню борьбы с туберкулезом. Стало традицией проведение ежегодного конкурса детского рисунка, в котором приняли участие дети младшего и школьного возраста. 19 марта в выставочном зале Союза художников состоялось открытие выставки детского рисунка на тему: «Останови туберкулез – дыши свободно!». На торжественном открытии выставки кроме представителей Краевого противотуберкулезного диспансера присутствовали представители министерства здравоохранения, Центра медицинской профилактики. Членами жюри было отмечено, что дети, участвовавшие в конкурсе, проявили не только творчески подошли к своим работам, раскрыли заданную тематику, но и вложили свой посильный вклад в дело профилактики туберкулеза. На выставке было представлено 100 работ из 24 районов и городов Ставропольского края.

Мероприятиями были охвачены не только дети. В течение месяца участ-

ковые фтизиатры проводили Дни открытых дверей с флюорографическим обследованием, выезды в районы края для оказания консультативной помощи населению, лекции, беседы в школах, вузах, на предприятиях и других учреждениях на тему «Профилактика туберкулеза».

Самое активное участие в работе по профилактике туберкулеза принимала бригада «Берегиня». В этом году исполнилось 5 лет с момента создания информационно-профилактической бригады, победителей Международного конкурса 2011 года «Достижения в сестринской практике в области предупреждения развития туберкулёза среди детей и подростков Ставропольского края». Бригаду стали приглашать на различные оздоровительные мероприятия г. Ставрополя. С огромным удовольствием и энтузиазмом медицинские сестры Краевого противотуберкулезного диспансера приняли участие в празднике «День здоровья», проводимом на базе Политехнического колледжа г. Ставрополя. В апреле 2012 года «Берегиня» приняла участие в Международной практической кон-

ференции молодых ученых, аспирантов и студентов, обучающихся в вузах г. Ставрополя. Был подготовлен доклад на тему: «Опыт информационно-просветительской работы бригады «Берегиня» по профилактике туберкулеза ГБУЗ СК ККПТД».

В феврале 2013 года бригада получила приглашение на участие в Международной научно-практической конференции «Глобальное-экономическая трансформация и инновационное развитие регионов», которое проходила на базе Института дружбы народов Кавказа. На конференции рассматривались социально-психологические проблемы формирования инвестиционно привлекательного климата региона, актуальные для Ставропольского края. Главной мыслью всего доклада президента Профессиональной гильдии психологов г. Москвы было главенство человеческой личности в жизни и экономике. Экономическое развитие невозможно без решения проблемы духовности человеческого общества. Эта тема тесно пересекается с основной работой «Берегини» – воспитанием лучших челове-





На фото слева направо: палатная медсестра костно-суставного отделения Е.В. Вареница, процедурная медсестра урологического отделения М.Е. Логвинова, процедурная медсестра детского отделения И.В. Каменева

ских качеств у каждого ребенка и профилактикой вредных пристрастий, губительно влияющих на растущий организм. Кроме работы с молодежной аудиторией медицинские сестры бригады занимаются с участковыми медицинскими сестрами детских учреждений.

В результате комплексной систематической работы сестринских служб края удалось достичь снижения и стабилизации основных эпидемиологических показателей по туберкулезу.

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ПОКОЛЕНИЙ

22 марта в стенах Ставропольского противотуберкулезного диспансера прошло торжественное мероприятие, посвященное Всемирному дню борьбы с туберкулезом. С приветствием и поздравлениями к сотрудникам диспан-

Нагорная Нина Александровна, палатная медицинская сестра Петровского филиала. 47 лет – таков её трудовой стаж! Из них уже 43 в тубдиспансере.

В детстве у нее часто болела мама; по вызову к ним приезжала фельдшер – молодая, красивая, добрая, отзывчивая. Нина с обожанием и интересом следила за её работой. Тогда и родилась мечта стать медиком.

Она-то и заставила молодую девушку из села Сухая Буйвола отправиться в Туркмению, где жили ее брат и сестра. Там она поступила в медицинское училище г. Красноводска и в 1965 году окончила его, получив диплом медицинской сестры. В горздраве ей предложили работу в противотуберкулезном диспансере в городе нефтяников Небит-Даг. Там она и начала свою трудовую деятельность, получив дополнительную специальность

сера обратилась Надежда Борисовна Комаревцева, президент Ставропольской ассоциации. Надежда Борисовна вручила почетные грамоты, награды и денежные премии.

Достоинно были отмечены ветераны фтизиатрии. Почетным знаком «Профессионализм. Гуманизм. Мило сердце» была награждена

рентген-лаборанта. Работа ей нравилась. Молодая медсестра чувствовала, что нашла в жизни именно то, ради чего родилась. Но состояние здоровья ее мамы заставило вернуться на малую родину. В 1969 году Нина Александровна устроилась на работу в Петровский тубдиспансер. Через год ее перевели на должность старшей медицинской сестры тубдиспансера. Сколько сил, энергии, труда отдано ею людям! Проработав столько лет в медицине, Нина Александровна осталась человеком с открытой душой, она всегда готова прийти в трудную минуту на помощь каждому, кто в ней нуждается. Энергичная, находчивая, решительная, она умеет и острые углы обходить и налаживать контакты с людьми разного возраста. Сложилась и ее личная жизнь: в Светлограде вышла замуж, родила сына. После достижения пенсионного возраста Нина Александровна осталась работать в своем коллективе палатной медсестрой. По сей день она служит пациентам своим мастерством, поддерживает добрым словом, вниманием, сочувствием. И делится огромным медицинским и человеческим опытом с молодыми коллегами. Наверное, когда человек находит свое истинное призвание и следует ему всю жизнь – это и есть профессиональное счастье!

Наш коллектив гордится тем, что в нем гармонично взаимодействуют медицинские сестры разных поколений. Совсем недавно, год назад, 3 молодые сестрички решили остаться в нашем учреждении после прохождения государственной практики. Проработав год, молодые специалисты уже проявили важнейшие качества профессионала: трудолюбие, ответственность, дисциплинированность.

Хочется пожелать всему коллективу нашего диспансера и всем сотрудникам фтизиатрической службы края успехов и новых достижений в работе!



Нагорная Нина Александровна, палатная медицинская сестра Петровского филиала – в 1969 году и сегодня.

«БЕРЕГИ ЗДОРОВЬЕ СМОЛОДУ»

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА «ИСТОКИ ЗДОРОВЬЯ»

■ **Корепина Марина Васильевна,**

главная медицинская сестра БУЗ
Вологодской области «Вологодская
детская городская поликлиника № 1»

*Чтобы сделать ребенка умным
и рассудительным,
сделайте его крепким и здоровым.*
Ж.Ж. Руссо

Все чаще и чаще звучат в средствах массовой информации, из уст педагогов, медиков, родителей, вопросы, связанные с проблемами здоровья детей – подрастающего поколения нашей страны. Этот вопрос актуален не только для жителей России, жителей стран ближнего зарубежья, но и для всех жителей планеты. В эпоху компьютерных технологий, изобретения все новых машин, освобождающих человека от бытовых проблем, наблюдается тенденция ухудшения состояния здоровья детей в разных регионах Российской Федерации.

Здоровье населения – высшая национальная ценность в любой развитой стране. Человек приходит в этот мир не только для своего комфортного существования и личного счастья. Его ум, умения, опыт, вся его жизнь необходимы его детям, обществу, будущим поколениям.

Достоинством существования человека на земле помогает сделать здоровье, духовное и физическое, которое является главным достоянием человека, делом не только личным, но и общественным. Для ребенка быть здоровым, значит развивать в гармонии свои физические и духовные силы, обладать выносливостью и уравновешенностью, уметь противостоять действию неблагоприятных факторов внешней среды.

Здоровый образ жизни молодого поколения является залогом здоровья нации в целом.

На протяжении многих веков главной и единственной задачей врачей было лечить больных. Но вот в меди-

цине появилась новая точка зрения: надо не только лечить, но и предупреждать болезни. Выдающиеся русские врачи еще в прошлом веке считали, что будущее принадлежит предупредительной (профилактической) медицине. Одним из направлений профилактической медицины является популяризация здорового образа жизни.

Осознавая значимость и актуальность проблемы сохранения и укрепления здоровья человека, Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России» проводит всероссийские конкурсы профессиональных достижений и проектов, учрежденные с целью поддержки и продвижения актуальных профессиональных, общественных, исследовательских инициатив сестринского персонала по повышению качества жизни пациентов.

Всероссийский конкурс проектов «Здоровый образ жизни», предложенный Ассоциацией, направленный на выявление и пропаганду существующих инициатив по формированию здорового образа жизни, был поддержан Вологодской региональной общественной организацией.

Президент региональной организации Никитина Нина Валентиновна провела большую информационную работу по рекламе всероссийского конкурса, выявлению в медицинских учреждениях Вологодской области интересных наработок по пропаганде здорового образа жизни среди населения, участники конкурса получили консультационную и методическую помощь по созданию проектов.

Поучаствовать в конкурсе было предложено бюджетному учреждению здравоохранения Вологодской области «Вологодской детской городской поликлинике № 1». Мы решили выступить с проектом «Истоки здоровья», который был введен в действие на базе поликлиники 1 марта 2013 года. Создание проекта было неслучайным. В поликлинике уже работала комната здорового ребенка, но деятельность по пропаганде здорового образа жизни носила несистемный характер, отсутствовали доверительные отношения родителей и специалиста, не было консолидированных усилий врачей и специалистов по настоящему продвижению здоровых берегающих технологий среди пациентов поликлиники.





Было решено модернизировать деятельность комнаты здорового ребенка через проект «Истоки здоровья».

Актуальность проекта подтвердили исследования, проведенные специалистами сестринского дела поликлиники.

В результате сравнительного анализа состояния здоровья детей первого года жизни, с 1 года до 3 лет и детей до 7 лет, не посещающих детские образовательные учреждения, и анкетирования родителей этих детей и беременных женщин, находящихся под патронажем медицинских сестер поликлиники, мы увидели, что здоровому образу жизни уделяют внимание всего 15% респондентов.

По мнению опрошенных, на здоровье человека, прежде всего, оказывает влияние экология (45%) и наследственность (21%).

Но абсолютное большинство – 92% участников опроса – отметили, что нуждаются в квалифицированной информации о здоровом образе жизни и с удовольствием посещали бы комнату здорового ребенка. Полученные данные позволили сделать вывод о том, что родители недостаточно владеют информацией о влиянии факторов жизни на здоровье детей, но готовы к приобретению знаний, умений и навыков по ведению ЗОЖ.

Далее определилась цель проекта – создать условия для осознания населением ценностей здорового образа жизни, научить родителей и их детей строить гармоничные отношения с другими людьми, принимать ответственность за свое здоровье, поведение, свое будущее.

Главными направлениями проекта выделили активную пропаганду здорового образа жизни, адресность информационной работы, повышение уровня

мотивации на укрепление индивидуального здоровья.

Внедрение проекта в практику началось с оснащения недостающим оборудованием комнаты здорового ребенка: установили необходимую оргтехнику, при спонсорской поддержке приобрели телевизор, информационные стенды и материалы, сняли обучающие фильмы.

Для работы над этим проектом в поликлинику были привлечены высококвалифицированные специалисты. Благодаря творческому подходу и заинтересованности этих специалистов удается успешно реализовывать мероприятия проекта.

Для более эффективной деятельности по реализации проекта «Истоки здоровья» создана инициативная группа родителей. Родители поддерживают идеи проекта, активно участвуют в мероприятиях.

В информационном уголке комнаты здорового ребенка представлен план мероприятий с обратной связью в блоке приема здорового ребенка. Все родители проинформированы о предлагаемых им темах бесед и лекций, игр, презентаций и других форм работы.

Большой популярностью пользуются информационные и практические занятия с демонстрацией фильмов по массажу, гимнастике, здоровому питанию.

Также в рамках проекта работает «Школа молодых родителей».

Цель «Школы» – привлечение будущих родителей к осознанному и полноценному участию в воспитании здорового ребенка.

На занятиях «Школы» врачи и психологи рассказывают о психологических и физиологических особенностях различных периодов детского возраста,

обучают максимально полезным оздоровительным процедурам, играм и занятиям с детьми, дают советы по организации быта в семье в этот период.

Сейчас уже можно наблюдать некоторые положительные результаты, достигнутые в ходе реализации проекта. Прежде всего, наблюдается процесс формирования ценностного отношения к здоровью, появляется желание у родителей к ведению здорового образа жизни. Наблюдается рост посетителей комнаты здорового ребенка.

Положительные отзывы проект вызвал у врачей-педиатров участковых, так как у них появилась возможность больше времени уделять лечебному процессу, а информацией по рациональному питанию, режиму дня, методам закаливания, массажу, гимнастике, гигиеническому уходу в полном объеме может обеспечить медицинская сестра комнаты здорового ребенка.

Проект «Истоки здоровья» дает возможность повысить престиж профессии медицинской сестры, увеличить значимость её работы в глазах общественности, представляет специалистов сестринского дела не просто исполнителями, а думающими, квалифицированными, инициативными и любящими свое дело работниками.

Наш проект оценен и поддержан Правительством Вологодской области. Представители власти выразили готовность оказывать информационную и организационную поддержку в рамках заявленного проекта и предлагают развивать и внедрять его на территории всей Вологодской области. Консолидация усилий представителей здравоохранения, власти, общественности позволит существенно повысить результативность проекта.

Льготная пенсия для эндоскопических медсестер. Возможно ли это?

Может ли медицинская сестра эндоскопического отделения рассчитывать на оформление льготной (досрочной) пенсии, распространяются ли на медицинскую сестру эндоскопического отделения те льготы, которыми наделены операционные сестры?

Согласно Правилам исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, в соответствии с подпунктом 20 пункта 1 статьи 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» (далее – Правила), в установленных случаях применяется льготный порядок исчисления периодов работы, дающей право на досрочную пенсию.

Льготный порядок подсчета медицинского стажа (год работы, как год и шесть месяцев) применяется к лицам, работающим в должностях и структурных подразделениях, предусмотренных Перечнем структурных подразделений учреждений здравоохранения и должностей врачей и среднего медицинского персонала, работа в которых в течение года засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости, как год и шесть месяцев (далее – Перечень).

Пунктом 1 Перечня предусмотрено, что право на льготное исчисление стажа

работы имеют **следующие категории врачей и среднего медицинского персонала**, работающие в отделениях хирургического профиля (в том числе эндоскопического) стационаров учреждений, предусмотренных пунктами 1–6, 8, 12, 15, 20, 21, 27–30 Списка¹ (далее – учреждения):

- оперирующие врачи-специалисты всех наименований, в том числе оперирующие врачи-заведующие;
- операционные медицинские сестры, включая старших;
- акушерки, включая старших;
- медицинские сестры перевязочных в отделениях гнойной хирургии, ожоговом, ортопедическом, травматологическом, травматолого-ортопедическом, в том числе туберкулезном для больных костно-суставным туберкулезом.

Перечень носит исчерпывающий характер и расширительному толкованию не подлежит.

Таким образом, в отношении среднего медицинского персонала эндоскопических отделений можно сделать следующий вы-

вод – **правом на льготное исчисление стажа обладают только операционные медицинские сестры, включая старших.** В отношении иных категорий среднего медицинского персонала эндоскопических отделений – стаж, дающий право на досрочное назначение пенсии по старости, исчисляется в календарном порядке.

В соответствии со ст. 57 Трудового кодекса Российской Федерации (далее – ТК РФ) наименование должностей среднего медицинского персонала и квалификационные требования к ним должны соответствовать наименованиям и требованиям, указанным в квалификационных справочниках, утверждаемых в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, или соответствующим положениям профессиональных стандартов.

Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения утверждены приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н (далее – ЕКС), в том числе квалификационные характеристики должностей специалистов со средним медицин-

¹ Список – список должностей и учреждений, работа в которых засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, в соответствии с подпунктом 20 пункта 1 статьи 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 октября 2002 г. № 781.

– Учреждения:
1. Больницы всех наименований;
2. Психиатрическая больница (стационар) специализированного типа, в том числе с интенсивным наблюдением;
3. Республиканское объединение по реабилитации и восстановительному лечению детей-инвалидов;
4. Медико-санитарная часть;
5. Центральная медико-санитарная часть;
6. Госпитали всех наименований;
8. Центры, осуществляющие лечебную и иную деятельность по охране здоровья населе-

ния: федеральных органов государственной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации (независимо от наименований); медицинской и социальной реабилитации с отделением постоянного проживания для подростков и взрослых инвалидов с тяжелыми формами детского церебрального паралича, самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих; консультативно-диагностический (вида Вооруженных сил Российской Федерации, военного округа, флота); лечебно-диагностический (Генерального штаба, Вида Вооруженных сил Российской Федерации, военного округа, флота); восстановительной терапии для воинов-интернационалистов; гериатрический; диабетологический; наркологический реабилитационный; реабилитации Медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации; профессиональной патологии; медицинской профилактики; мануальной терапии; медицины катастроф (федеральный, региональный, территориальный); восстановительного лечения для детей; диагностический; консультативно- диагностический

для детей; лечебной физкультуры и спортивной медицины; патологии речи и нейрореабилитации; реабилитационный для подростков и взрослых инвалидов с последствиями детского церебрального паралича; перинатальный; планирования семьи и репродукции; по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями; государственного санитарно-эпидемиологического надзора (независимо от территориальной и ведомственной принадлежности, Медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации); федеральный; Федерального управления медико-биологических и экстремальных проблем при Минздраве России; Вида Вооруженных Сил Российской Федерации, военного округа, флота; Клинический центр Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова.

12. Косметологическая лечебница;
15. Диспансеры: врачебно-физкультурный; кардиологический; кожно-венерологический; наркологический; онкологический; противотуберкулезный; психоневрологический;

офтальмологический; эндокринологический; трахоматозный; врачебно-спортивный;

20. Родильный дом;
21. Санатории (курорты), в том числе детские: для лечения туберкулеза всех форм; для больных с последствиями полиомиелита; для гематологических больных; для лечения больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата; для больных ревматизмом; психоневрологические;

27. Отряды: медицинский специального назначения (военного округа, флота); отдельный противочумный военного округа); санитарно-эпидемиологический (вида Вооруженных сил Российской Федерации, военного округа, флота, флотилии); санитарно-эпидемиологический (вида Вооруженных Сил Российской Федерации, военного округа, флота, флотилии); центральный санитарно-эпидемиологический (воздушно-десантных войск);

28. Лазареты: военный (военного округа, флота, флотилии); военно-морской (военного округа, флота, флотилии);

29. Отдельный медицинский батальон;
30. Медицинская рота.

ским и фармацевтическим, указаны в разделе 3.

В соответствии с ЕКС операционная медицинская сестра:

- осуществляет подготовку операционной, участников хирургической бригады, хирургических инструментов, белья, шовного и перевязочного материалов, аппаратуры к проведению операции;
- проводит контроль за своевременностью транспортировки пациента, а также за путями движения хирургической бригады в соответствии с зонами стерильности в операционном блоке;
- обеспечивает инфекционную безопасность пациента и медицинского персонала, а также обеспечивает соблюдение правил асептики и антисептики всем персоналом, находящимся в операционной;
- подготавливает пациента к операции: создает необходимую хирургическую позицию на операционном столе, обрабатывает операционное поле, обеспечивает изоляцию операционного поля;
- участвует в хирургических операциях, обеспечивает членов хирургической бригады необходимым инструментарием, материалами, аппаратурой;
- осуществляет ранний послеоперационный уход за пациентом, профилактику послеоперационных осложнений;

– осуществляет контроль за своевременным направлением на гистологическое и бактериологическое исследование биологического материала, взятого во время операции у пациента;

- проводит количественный учет используемого инструментария, шовного и перевязочного материалов, лекарственных средств и аппаратуры;
- выполняет первичную дезинфекционную обработку используемого инструментария, материалов и аппаратуры;
- проводит контроль стерилизации белья, перевязочного и шовного материалов, инструментария и аппаратуры;
- осуществляет подготовку и контроль эксплуатации аппаратуры, находящейся в операционной;
- пополняет расходные материалы, ведет медицинскую документацию, оказывает доврачебную помощь при неотложных состояниях, осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов, осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.

Таким образом, для того, чтобы операционная медицинская сестра эндоскопи-

ческого отделения стационара учреждения приобрела право на льготное исчисление стажа (год работы как год и шесть месяцев) при досрочном назначении трудовой пенсии по старости в соответствии с подпунктом 20 пункта 1 статьи 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», необходимо следующее:

- в штатном расписании эндоскопического отделения должна значиться должность «Операционная медицинская сестра»;
- должностные обязанности операционной медицинской сестры должны соответствовать квалификационным характеристикам, установленным ЕКС для операционной медицинской сестры;
- выполнение работы в режиме нормальной или сокращенной продолжительности рабочего времени, предусмотренной трудовым законодательством для данной должности (работа на полную ставку)².

² В случае, когда работа осуществлялась в нескольких указанных в Списке должностях (учреждениях) в течение неполного рабочего времени, период ее выполнения засчитывается в стаж работы, если в результате суммирования занятости (объема работы) в этих должностях (учреждениях) выработана нормальная или сокращенная продолжительность рабочего времени в объеме полной ставки по одной из должностей.

МЫ ВАС ЗА ВСЕ БЛАГОДАРИМ!

Международный день медицинской сестры в этом году в Берлине прошел под девизом «Роза за уход». Объединение специалистов сестринских профессий Германии предложило провести акцию благодарности и сказать «спасибо» всем специалистам, осуществляющим уход за больными и престарелыми людьми в ЛПУ, социальных домах, домах престарелых и других учреждениях, за их нелегкую работу по выживанию больных пациентов и оказанию помощи нуждающимся в уходе людям. Труд медицинских работников достоин признания! Международный день медицинской сестры – это хороший повод вспомнить и

высоко оценить работу медицинского персонала этих сестринских служб!

Призыв был адресован руководителям, менеджерам всех уровней, бывшим пациентам и их родственникам, и всем, у кого есть желание поблагодарить кого-то лично или, может быть, целую команду специалистов какого-либо учреждения. Символом акции стала белая роза Флоренс Найтингел.

Как можно было выразить благодарность? Объединение специалистов сестринского ухода Германии разме-

Dankeschön!

Eine Rose für die Pflege.

Am 12. Mai feiern wir den Internationalen Tag der Pflegenden. Weltweit werden damit die große Leistung und das hohe Engagement von professionellen Pflegefachpersonen gewürdigt. Auch in Deutschland ein Anlass, denen zu danken, die in ihrem Beruf häufig unter schwierigsten Bedingungen kranke und pflegebedürftige Menschen gut versorgen – rund um die Uhr!

Machen Sie mit und danken Sie Pfleger/innen symbolisch mit dieser Postkarte und Ihrem persönlichen Gruß.



Die „Florence Nightingale“ Rose
Die Engländerin Florence Nightingale (1820-1910) gilt als Begründerin der modernen Pflege. Sie reformierte in Großbritannien das Sanitätswesen. An ihrem Geburtstag, dem 12. Mai, wird jährlich der Internationale Tag der Pflegenden begangen.

Logo of the German Association of Nurses (DBfK) with the text 'Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe'.

стило на своем сайте открытки, плакаты, емейл-открытки, которые можно было скачать и подарить, переслать или же разместить на стендах

в ЛПУ. В праздничный день медицинские сестры не испытывали недостатка в белых розах как виртуальных, так и живых.



ПЕТРОСПИРТ

**АНТИСЕПТИКИ НА ОСНОВЕ
ЭТИЛОВОГО СПИРТА –
ЗАЛОГ ВАШЕЙ БЕЗОПАСНОСТИ
И НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА
ОТ ИНФЕКЦИЙ**



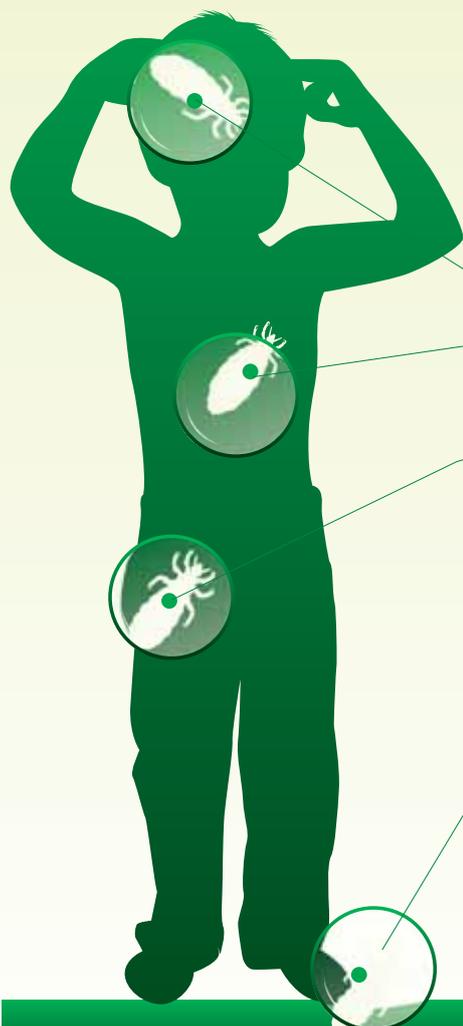
ЗАО "Петроспирт", 198099, г. Санкт-Петербург, ул. Калинина, д.13,
тел./факс: (812) 746-68-85 (многоканальный), www.petrospirit.ru

МЕДИЛИС®-СУПЕР

ИНСЕКТОАКАРИЦИДНОЕ СРЕДСТВО

ОТ ВШЕЙ

А также от иксодовых клещей, чесоточных клещей, тараканов, клопов, блох, муравьев, кожеедов, крысиных клещей, чешуйниц, мух (имаго и личинок), комаров (личинки и имаго), комаров-звонцов (личинки и имаго) ос, шершней. (см. инструкцию по применению)



• ГОЛОВНОЙ ПЕДИКУЛЕЗ

• ПЛАТЯНОЙ ПЕДИКУЛЕЗ

• ЛОБКОВЫЙ ПЕДИКУЛЕЗ

• ДЕЗИНСЕКЦИЯ ПОМЕЩЕНИЯ
ОТ ВШЕЙ И ЧЕСОТОЧНЫХ КЛЕЩЕЙ



☎ (495) 315-16-65
☎ (495) 315-17-10
☎ (495) 980-80-39
☎ (495) 980-80-38
✉ mail@medilis.ru
S skype: medilis
WEB www.medilis.ru

Направление
МЕДИЛИС

КОНЦЕНТРАТ ЭМУЛЬСИИ (24% ФЕНТИОН)