ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ
медицинских сестёр России

№ 3/12 2013

Медицинские сестры онкологической службы на пути к инновациям

стр. 6

МедСиб 2013 – медицинские сестры в центре внимания

стр. 32

Человек родился! Доброта и отзывчивость в работе акушерки

стр. 18

Справедливость и доступность медицинской помощи – итоги международного конгресса

LYSOFORM

ЛИЗОФОРМ

СРЕДСТВА ДЕЗИНФЕКЦИИ

- **Обработка рук и кожных покровов**
- **Дезинфекция и стерилизация мединских инструментов**
- **Мытье и дезинфекция поверхностей**

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

Ассоциация медицинских сестер России поддерживает инициативы по созданию специализированных секций. Теперь такая секция появилась и у медицинских сестер онкологической службы.

Дорогие коллеги и читатели «Вестника!»

Очень приятно приветствовать Вас со страниц нашего журнала в новом сезоне. Хочется верить, что летом все вы хорошо отдохнули, смогли отвлечься от ежедневных забот, сменить обстановку, восполнить энергетические ресурсы и поправить свое здоровье!

Многим из своих членов Ассоциация медицинских сестер России и летом передышки дать не смогла. Событий было так много, что не все смогли уместиться на страницах этого выпуска «Вестника». Например, в Санкт-Петербурге состоялся уже третий семинар международного проекта «Лидерство в переговорах» с участием зарубежных преподавателей и экспертов Международного совета медсестер. О том, как он проходил, о том, что беспокоит сестер-лидеров из разных уголков России, мы расскажем позже, уделив бóльшую часть внимания в этом выпуске «Вестника» событиям мирового масштаба.

В конце мая в Австралии состоялся 24-й конгресс Международного совета медсестер. В грандиозном собрании медицинских сестер приняли участие более 4 тысяч человек! Проходивший под лозунгом справедливости и доступности медицинской помощи, конгресс показал, что медицинские сестры за последние годы добились многого и решили массу проблем. Вопросы здоровья людей, вопросы нехватки сестринской и акушерской помощи вышли на международный уровень, а медицинские сестры освоили новую роль – роль дипломатов. Во многих странах таким сестрам-дипломатам удается привлекать финансирование, грантовую поддержку, для решения проблем доступности и качества медицинской помощи, для повышения уровня подготовки медицинских работников, для обеспечения безопасности медицинских работников и пациентов.

Свою лепту в эти глобальные достижения старается внести и Ассоциация медицинских сестер России. Второй причиной смертности в России являются онкологические заболевания. Количество пациентов постоянно растет, соответственно, увеличивается и потребность в квалифицированной сестринской помощи. В течение ряда лет мы надеялись начать более тесную работу с медицинскими сестрами онкологической службы, и вот такой случай представился. В 2012 году Ассоциация выиграла грант на поддержку своего проекта с Обществом онкологических медсестер, и вот в разгар летних отпусков в Санкт-Петербурге прошел первый семинар, к которому мы так долго готовились.

Впервые мы смогли собрать медицинских сестер, работающих в онкологических учреждениях, сразу из 14 регионов! Во время обучения что-то было знакомым и хорошо известным, что-то новым, но самым ценным и захватывающим стало общение медицинских сестер друг с другом. Работая в одной стране, в соседних регионах, специалисты с большим интересом знакомились с тем, как поставлена организация сестринской помощи в разных российских ЛПУ, почерпнув из этого общения знаний не меньше, чем от зарубежных преподавателей. Недельный семинар пролетел как будто за один день, но общение профессионалов на этом не закончилось. Мы смогли принять решение о создании Секции онкологических сестер, в лице участников семинара встретили заинтересованных в такой постоянной общественной работе специалистов и выбрали замечательного председателя – главную сестру онкологического диспансера Ивановской области – Ольгу Фролову.

Ассоциация с готовностью поддерживает инициативы по созданию таких специализированных секций – в каждой службе нужны свои лидеры, готовые задавать тон дискуссии, формулировать ключевые задачи, предлагать решения. Это позволит центральным органами Ассоциации сосредоточиться на решении вопросов общих, важных для всех и, видимо, поэтому, столь сложных. Мы регулярно информируем вас, дорогие читатели, о работе над профессиональными стандартами. Этим летом Ассоциация приняла участие в нескольких заседаниях, представила свои предложения и наработки, ведет дальнейшие переговоры об утверждении разработанных стандартов, в обсуждении которых приняли участие десятки сестринских коллективов нашей страны. Эта работа, этот вклад специалистов из разных регионов России не должен остаться незамеченным!

Со своей стороны Ассоциация медсестер России талантливых специалистов видит и поддерживает, а на страницах своего журнала делится их достижениями, а также тем, как работают и каких высот добиваются наши региональные отделения. Надеемся, что эти материалы придадут вам дополнительных сил и оптимизма для собственных профессиональных свершений!

На обложке: участники семинара «Доказательная сестринская практика при проведении химиотерапии», Санкт-Петербург, 24-28 июня 2013

СОДЕРЖАНИЕ

НОВОСТИ РЕГИОНОВ

Сестринское образование и инновации на севере России — стр. 3

МедСиб 2013 – Медицинские сестры в фокусе современного здравоохранения — стр. 6

НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ

Онкологическая службы на пути к инновациям. Семинар по доказательной практике при проведении химиотерапии — стр. 8

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Медицинские сестры и политика. Итоги конгресса Международного Совета Медсестер — стр. 19

СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обучение пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника самоуходу в послеоперационном периоде — стр. 11

Доказательная практика в области онкологии — стр. 31

ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА

Опыт применения симуляционных методик в работе школы беременных — стр. 14

По ту сторону реальности. Сестринская помощь при аутизме у детей — стр. 34

стандартизация и оптимизация технологии приготовления цитологических препаратов — стр. 37

ГЕРОИ НАШЕГО ВРЕМЕНИ

Работа фельдшера - спасать — стр. 7

Есть женщины… Есть профессионалы — стр. 25

ВОПРОСЫ ЭТИКИ

Слово не воробей. Стоит ли сообщать о диагнозе по телефону — стр. 29

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 06.09.2013. Отпечатано в типографии ООО «Береста». 196084, Россия, Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1490. Тираж 13 600. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет.

СОТРУДНИЧЕСТВО С АВТОРАМИ

Уважаемые читатели! Редакция журнала «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» видит свою задачу в распространении инновационного опыта организации работы сестринских служб, обмене мнениями и развитии профессиональной дискуссии, освещении деятельности региональных общественных организаций и профессиональных достижений медицинских сестер. Наш журнал посвящен самым важным, актуальным, острым и значимым вопросам сестринского дела. Мы будем рады принять для публикации Ваши статьи и материалы по темам научных исследований в сестринском деле, этических вопросов сестринской практики, а также по методическим рекомендациям и образцовому опыту, достижениям и проблемам на рабочих местах. Материалы принимаются в электронном виде, с обязательным указанием Ф.И.О. автора, должности, учреждения, контактных данных, фотографией автора, иными иллюстрациями в виде отдельных файлов JPEG.

ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

Подписка на журнал «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» осуществляется через редакцию – офис РАМС. В заявках на журнал следует указывать ваш полный почтовый адрес, контактный телефон, количество экземпляров, номер(а) выпуска «Вестника», на который вы подписываетесь. Заявку с копией квитанции об оплате следует направить по адресу: **rna@medsestre.ru**

Подробная информация о подписке и размещении публикаций – на сайте РАМС: **www.medsestre.ru**

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

Ассоциация медицинских сестёр России

ООО «Милосердие»

Издательство «Медпресса»

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор – Валентина Саркисова

Ответственный редактор – Наталья Серебренникова

Отдел рекламы – Ольга Комиссарова

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»

ГОЛОЛОБОВА 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

СЕСТРИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И ИННОВАЦИИ НА ЕВРОПЕЙСКОМ СЕВЕРЕ РОССИИ

СОДРУЖЕСТВО АРХАНГЕЛЬСКОЙ АССОЦИАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР И СЕВЕРНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

В 2013 году Ассоциации медицинских работников Архангельской области (АМРАО) исполняется 18 лет. Организация, начинавшая свою деятельность в 1995 году с десятка активистов, первоначально называлась Ассоциацией медицинских сестер Архангельской области (АМСАО). Свое совершеннолетие АМРАО отмечает с завидным позитивом и активностью. В тесном сотрудничестве с Российской Ассоциацией медицинских сестер, лечебно-профилактическими и образовательными учреждениями, Архангельской и Холмогорской митрополией, Архангельским отделением Российского Красного Креста, благотворительными фондами и другими партнерами расширился спектр общественных инициатив. Особого внимания заслуживает взаимодействие АМРАО с Северным государственным медицинским университетом (СГМУ), в котором сегодня можно получить медицинское образование любого уровня.

Сотрудничество с СГМУ началось в середине 1990-х гг., когда основатель и первый президент АМСАО Раиса Леонидовна Грошева, являясь главным специалистом по сестринскому делу в Архангельской области, при поддержке руководства вуза инициировала создание факультета высшего сестринского образования (ФВСО). Факультет, открытый в 1997 г., был реорганизован в 2006 г. в Институт сестринского образования, в состав которого вошли ФВСО, кафедра сестринского дела, отделение среднего профессионального образования и отделение последипломной подготовки. Основной структурообразующей единицей Института остался ФВСО, первым деканом которого являлась Л.П. Лисишникова, внесшая большой вклад в его становление и развитие. Она поддержала инициативу АМСАО по созданию сначала вечерней, затем очно-заочной форм обучения. По окончании вуза выпускники смогли продолжить свое обучение в клинической интернатуре по специальности «Управление сестринской деятельностью», в аспирантуре и докторантуре. Несколько выпускников ФВСО – членов АМРАО продолжили обучение в Архангельской международной школе общественного здоровья в СГМУ. Выпускники факультета работают не только в сфере предоставления медицинских, но и образовательных услуг. Сейчас в СГМУ заведующими структурных подразделений, методистами, старшими лаборантами и медицинскими сестрами, администраторами, ассистентами на кафедрах и преподавателями в медицинском колледже СГМУ трудятся многие выпускники факультета.

Следующая реорганизация ФВСО произошла в сентябре 2011 г. – специальность вошла в структуру факультета менеджмента и информатики (ФМИ) под руководством профессора Т.Г. Светличной, активно сотрудничающей с АМРАО. По ее инициативе активизировалось совместное проведение ежегодной научно-практической конференции по вопросам сестринского образования, по итогам которой издаются сборники, насчитывающие десятки авторов – членов АМРАО. На конференциях особое внимание уделяется докладам медицинских сестер – студентов и интернов СГМУ, в активе которых всегда члены АМРАО.

Важно отметить, что Ассоциация принимает участие в подготовке и проведении многих мероприятий областного, российского и международного уровня на базе СГМУ. Так, в январе 2013 г. члены АМРАО уже в 13-й раз приняли участие в организации и проведении областной научно-практической конференции, посвященной Иконе Божией Матери Млекопитательнице, собравшей в СГМУ более 200 медицинских работников Архангельской области, Республики Карелия и из Москвы. И это не только врачи и медицинские сестры детской областной больницы, как было первоначально, но представители многих учреждений региона – педиатры, акушеры-гинекологи, психологи, фельдшера, акушерки и медицинские сестры самого разного профиля. На следующий год планируется конференция с международным участием.

Традиционно одними из самых активных членов АМРАО являются педиатрические сестры, ежегодно представляющие наш регион на российских и международных симпозиумах, участвуя в проектах и конкурсах. На нескольких конференциях были представлены результаты плодотворной работы общественной организации в сотрудничестве с профессорско-преподавательским составом СГМУ. Особо значимую поддержку детским медсестрам оказывают профессора Г.Н. Чумакова, Е.Н. Сибилева.

Члены секции АМРАО по хирургии принимали участие в подготовке и проведении в СГМУ ежегодных Войно-Ясенецких чтений в память о Святителе Луке. Архангельские и котласские медики внесли значимый вклад в изучение истории хирургии. АМРАО оказала большую поддержку вузу в создании и развитии Музея истории медицины Европейского Севера, став с 2005 г. коллективным членом Общества изучения истории медицины. Ежегодно результаты исследований членов АМРАО представляются на симпозиумах в рамках Ломоносовских чтений, научных сессий и конференций.

На протяжении нескольких лет члены правления АМРАО участвуют

в подготовке и проведении Беломорского симпозиума, посвященного проблемам анестезиологии и реанимации, под руководством профессоров Э.В. Недашковского и М.Ю. Кирова.

На кафедре психиатрии СГМУ под руководством профессора А.Г. Соловьева проводят исследовательские работы несколько активистов АМРАО, результатом чего являются научные проекты. Медицинские сестры из архангельской и северодвинской психиатрии являются одними из самых инициативных членов АМРАО. При этом ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница» является учреждением, в котором один из самых высоких уровней сестринского образования (многие окончили СГМУ или получили повышенный уровень сестринского образования). Постер с изображением результатов работы медицинских сестер из АКПБ в российско-норвежском проекте одобрен для представления в Мельбурне на Всемирном съезде медицинских сестер в 2013 г.

АМРАО активно сотрудничает с симуляционным центром СГМУ, где студенты разных факультетов обучаются манипуляционной технике и другим предметам.

Среди членов АМРАО есть те, кто осуществляет важную работу по пропаганде донорства, в том числе среди студентов СГМУ. При поддержке руководства вуза совместно с Архангельской станцией переливания крови АМРАО организовала выставку «Спасибо, донор». АМРАО принимает активное участие в реализации программы «Патриотическое воспитание молодежи города Архангельска» на базе СГМУ. Это десятки совместных мероприятий ежегодно.

Члены АМРАО приняли активное участие в подготовке и организации Всероссийской научно-практической конференции «Качество практической подготовки специалистов со средним медицинским образованием, пути ее улучшения» в июне 2013 г. Члены правления АМРАО стали модераторами и координаторами 5 мастер-классов на базе 4 лечебных учреждений и СГМУ. Мастер-класс по высшему сестринскому образованию получил высокую оценку представителей Министерства здравоохранения РФ в лице С.И. Двойникова и Российской Ассоциации медицинских сестер в лице ее президента В.А. Саркисовой. И.о. ректора СГМУ профессор Л.Н. Горбатова на конференции подчеркнула, что в СГМУ созданы условия для развития всех уровней сестринского образования, что в образовательном процессе активно задействованы представители АМРАО – выпускники СГМУ.

Такое активное сотрудничество не случайно, ведь АМРАО широко проводит профориентационную работу. При этом многие члены АМРАО к настоящему времени окончили не только ФВСО, но и другие факультеты самого северного в мире медицинского вуза. Среди активных членов АМРАО с каждым годом все больше выпускников СГМУ, которые успешно внедряют полученные знания в практику!

КАПЛЯ КРОВИ СПАСАЕТ ЖИЗНЬ

АКЦИЯ ТЮМЕНСКОЙ АССОЦИАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР И ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ

Донорство всегда было и остается делом благородным. В препаратах крови нуждаются пациенты, жизнь которых на волоске. Медицинские сестры Тюменской области решили не только привлечь внимание общества к вопросу донорства, но вовлечь в движение и самих медицинских сестер.

Как ни парадоксально звучит, но Тюменский «День донора» растянулся не на один день и даже не на один месяц. Акция шла с ноября 2012 по апрель этого года. События освещались в прессе, на сайте ТРОПСА.

Во время Акции в учреждениях здравоохранения проводились занятия по пропаганде донорства, опросы, были подготовлены санбюллетени. Выяснилось, что медицинские сестры не только поддерживают саму идею, но готовы выступить в роли доноров. Из числа 733 респондентов, 359 заявили о желании принять участие в Акции посредством сдачи крови.

В ходе Акции был проведен конкурс презентаций на тему «Капля крови спасает жизнь». 25 конкурсных работ помогут в дальнейшей работе по привлечению доноров. Ведь работа эта должна идти непрерывно!

За период проведения акции в сдаче крови приняли участие 36 лечебно-профилактических организаций г. Тюмени и юга Тюменской области – 938 сотрудников ЛПО сдали 394 литра крови. Для забора крови в отдаленных районах использовалась передвижная станция.

Акция показала, что милосердие и сострадание для медицинских работников Тюмени не просто слова, а призыв к действию, вызвавший широкий отклик. Руководители ГБУЗ ТО «Областной станции переливания крови» выразили благодарность всем учреждениям и медицинским работникам – участникам акции.

медицинская компания ОМБ

ЛАБОРАТОРНЫЕ
ЦЕНТРИФУГИ
Andreas Hettich GmbH & Co.KG

HETTICH CYTO – гарантия подготовки высококачественных тонкослойных препаратов

- Стандартизация процедуры приготовления цитологических препаратов из различных видов биологического материала
- Минимизация количества неинформативного цитологического материала
- Снижение риска инфицирования персонала
- Сохранение физико-химических характеристик и морфологии клеток
- Широкий выбор принадлежностей и аксессуаров для цитологических исследований
- Использование различных объемов проб биологического материала (от 0,2 мл до 2х8 мл)
- От 1 до 8 рабочих зон исследования на одном слайде
- Регулирование влажности препарата при помощи специальных фильтр-вставок
- Функция охлаждения

Цитосистема с угловой цитокамерой

Цитосистема с горизонтальной цитокамерой

- **ОМБ** - 22 года на рынке здравоохранения России;
- **ОМБ** - поставщик решений для современных лабораторно-диагностических исследований;
- **ОМБ**-представительства: ЦФО (г. Москва), ЮФО (г. Ростов-на-Дону), СЗФО (г. Санкт-Петербург), ДФО (г. Хабаровск), СФО (г. Иркутск, г. Новосибирск), УФО (г. Екатеринбург), ПФО (г. Самара), ОМБ-Украина (г. Киев);
- **ОМБ**-сервис: техподдержка 365 дней в году, экспресс-консультации по продукции;
- **ОМБ**: свыше 800 клиентов и партнеров по всей стране.

125047, Москва, 4-ая Тверская-Ямская ул., д. 16, к. 3
Тел./факс: (495) 925 8150 (многоканальный)
www.omb.ru, omb@omb.ru

МедСиб-2013

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ В ФОКУСЕ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Гололобова Людмила Дмитриевна,
президент Новосибирской профессиональной ассоциации специалистов сестринского дела (НПАССД)

Поскотина Маргарита Ивановна,
методист НПАССД

С 22 по 24 мая 2013 г. в Новосибирске прошла XXIV Международная выставка «МедСиб. Здравоохранение Сибири», высокий статус которой подтвержден знаком UFI (Всемирная ассоциация выставочной индустрии).

Почти за два десятилетия своей работы выставка приобрела статус знакового события для широкого медицинского сообщества, объединяя врачей, сестринский персонал, ученых, бизнесменов и политиков.

Выставка представляет собой единую коммуникативную площадку для открытого обсуждения всего комплекса актуальных задач, стоящих перед медициной.

Высокий статус выставки также подтвердил состав официальных лиц, посетивших торжественную церемонию открытия медицинского форума, который второй год проводится на площадке нового международного выставочного комплекса «Новосибирск Экспоцентр».

В мероприятии приняли участие Василий Юрченко – губернатор Новосибирской области, Ольга Кравченко – министр здравоохранения Новосибирской области и др. официальные лица.

На открытии губернатор говорил о необходимости обращать внимание не только на укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения и увеличение финансирования, но и о необходимости более настойчивой пропаганды здорового образа жизни.

Министр здравоохранения призвала к расширению связей между наукой, техникой и производством, созданию конкурентной среды на рынке медицинских услуг, созидательному сотрудничеству медицинских работников различных специальностей. Министр высказалась за стабильное улучшение качества жизни населения, создание комфортной и безопасной среды проживания в нашем регионе.

Уже третий год подряд Новосибирская ассоциация медицинских сестер принимает активное участие в работе МедСиб. В этом году в одном из самых больших залов выставки прошла сестринская областная научно-практическая конференция «Будущее профессии создадим вместе: открытость, доступность, информированность, профессионализм». На конференции зарегистрировалось 250 участников из числа руководителей сестринских подразделений медицинских организаций Новосибирской области, представители образовательных учреждений и медицинских фирм. В качестве приглашенных лиц на конференцию прибыли гости из Москвы и Кемерово.

С приветственным словом к медицинским сестрам обратилась Надежда Болтенко, председатель Совета депутатов города Новосибирска. Она с глубоким уважением говорила о непреходящей значимости сестринской профессии и пожелала всем участникам успехов и плодотворной работы.

Пленарное заседание конференции открыл доклад президента НПАССД Л.Д. Гололобовой «Миссия Российской ассоциации медицинских сестер и Новосибирской профессиональной ассоциации специалистов сестринского дела в развитии сестринского дела». Людмила Гололобова рассказала о вехах 15-летнего пути, которые превратили медицинских сестер Новосибирска и России в единомышленников.

На конференции много говорили о непрерывном образовании медицин-

ских сестер. Директор Новосибирского медицинского колледжа С.В. Домахина подробно рассказала об этапах модернизации среднего профессионального медицинского образования в Новосибирской области. А.Р. Антонов, д-р мед. наук, проф., директор Центра повышения квалификации работников здравоохранения НСО познакомил слушателей с системой объективной оценки знаний при дистанционных формах последипломного образования.

Гость конференции из Кемеровской области, главный специалист по управлению сестринской деятельностью г. Кемерово Т.В. Дружинина, поделилась опытом о разработанных ресурсосберегающих технологиях в сестринском деле.

Научный взгляд на адаптацию сестринского персонала в медицинских организациях Новосибирской области представил канд. психол. наук, психофизиолог Е.Г. Вергунов.

Юбилейная конференция – это всегда подведение итогов и определение лучших. В ходе конференции прошло много награждений.

По представлению РАМС и НПАССД, Почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации награждена Цепелева И.А. – главная медицинская сестра ГБУЗ НСО «Линевская районная больница». Нагрудный знак «Отличник здравоохранения» вручен Соловьевой П.Г. – главной медицинской сестре ГБУЗ НСО «Государственная областная Новосибирская клиническая туберкулезная больница» филиал туберкулезная больница № 3.

Благодаря поддержке Валентины Антоновны Саркисовой, президента РАМС, давшей высокую оценку работе Новосибирской ассоциации и ее членов, 10 медицинских сестер были награждены знаком «За верность профессии», что стало особым и незабываемым подарком в канун Международного дня медсестры. Еще 9 специалистов были награждены Почетной грамотой Минздрава Новосибирской области и более 40 – Почетной грамотой Новосибирской ассоциации.

Новосибирская ассоциация горячо благодарила как своих членов, так и добрых и надежных партнеров – руководителей образовательных учреждений среднего профессионального образования.

В канун Международного дня медицинской сестры НПАССД провела фото

конкурс «Мгновения милосердия». Свои работы представили 18 коллективов. В ходе конференции Ассоциация поздравила и наградила памятными призами самых талантливых сестер-фотокорреспондентов.

В заключительный день проведения МедСиб дипломом и серебряной медалью выставки была награждена и Новосибирская ассоциация специалистов сестринского дела. Признания среди множества других инновационных проектов заслужила разработанная Ассоциацией «Программа адаптации сестринского персонала медицинских организаций Новосибирской области».

РАБОТА ФЕЛЬДШЕРА – СПАСАТЬ!

Любя свое дело, не уповая на тяжелые условия, не допуская промахов в работе, человек может заслужить высокое уважение, непоколебимый авторитет среди окружающих…

Прошедшая зима в Кузбассе выдалась многоснежной. Снегопады и метели не заставляли себя ждать, настигая вновь и вновь. Дорожные службы, работая в режиме «чрезвычайной ситуации», и то не всегда справлялись. Особенно трудно приходилось жителям отдаленных поселков Кемеровской области.

Вот в такой завьюженный февральский день Наталья Осипова, фельдшер Таштагольской центральной районной больницы, была на дежурстве, когда в первом часу ночи раздался звонок из поселка Спасск. Звонившая женщина сообщила, что ее детям внезапно стало плохо.

Поселок Спасск находится в 12 километрах от Таштагола. В ту ночь буран перемел все дороги. На полпути машина скорой помощи застряла в сугробе. Наталья около 40 минут шла к больным по неосвещенной дороге пешком, проваливаясь в глубокий снег.

По пути она вызвала сотрудников МЧС со снегоходом, так как каждая минута была на счету. По описанным симптомам было ясно, что у матери и троих детей – отравление угарным газом.

«Всего месяц прошел, как они переехали в свой дом. На ночь растопили печку. Хозяйка, не подумав, закрыла заслонки, и все легли спать. Сначала старший сын упал с двухъярусной кровати, начались судороги. А затем и всем остальным членам семьи стало плохо. Когда в помещении находишься, к воздуху привыкаешь и ничего уже не чувствуешь», – рассказала Наталья Осипова.

Прибывшие спасатели на снегоходе довезли пострадавших до машины скорой помощи, а уже на следующий день семью выписали из больницы.

За своевременное оказание медицинской помощи многодетной семье Губернатор Аман Тулеев вручил Наталье Осиповой медаль «За веру и добро».

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА НА ПУТИ К ИННОВАЦИЯМ

АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ ОРГАНИЗОВАЛА СЕМИНАР ПО ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИОТЕРАПИИ

Предыстория

Более года тому назад Ассоциация медицинских сестер России разработала Проект для медицинских сестер онкологической службы, предусматривающий изучение зарубежного опыта сестринского ухода при проведении химиотерапии и внедрение новых форм работы в практику российского здравоохранения.

Онкология является второй причиной смертности населения России, с каждым годом раковых заболеваний выявляется все больше. Однако и медицина не стоит на месте – внедряются ультрасовременные подходы к лечению, в том числе сложные режимы терапии химиопрепаратами. Тяжелое и потенциально смертельное заболевание требует длительного, комплексного и достаточно тяжелого лечения. В зависимости от диагноза, многим пациентам назначаются длительные курсы химиотерапии. Здесь на медицинскую сестру возложена особая роль – не только провести терапию, но и максимально предотвратить ее нежелательные последствия.

Начиная работу с медицинскими сестрами онкологической службы, мы решили сконцентрировать усилия вокруг двух проблем пациентов: тошноты и рвоты, а также флебитов. Если пациент попадет в умелые руки профессиональной сестры, использующей в своей практике самые последние научные данные, шансов избежать этих проблем у него будет больше.

Открывая семинар, президент РАМС Валентина Саркисова рассказала, что на его подготовку ушел практически целый год. Работа велась параллельно в России и в США. Партнерская органи-

зация – Общество онкологических медсестер США – проинформировала своих экспертов о возможности провести учебный семинар в России, провела отбор кандидатов на роль преподавателей, делая упор на наличие не только серьезных знаний в области онкологии и химиотерапии, но также на опыт преподавания как в США, так и за рубежом. В это время Ассоциация медсестер России, пригласив к участию в международном проекте свои региональные отделения, также вела отбор участников, обсуждение наиболее актуальных вопросов при проведении химиотерапии. Далее, уже совместными усилиями эксперты PAMC и ONS готовили учебную программу семинара, достаточно объемные и содержательные материалы.

Пять дней обучения

Подготовленный семинар состоялся в Санкт-Петербурге в самый разгар «Белых ночей» – с 24 по 28 июня. Его участниками стали 33 медицинские сестры из 14 российских регионов, преподаватели из 4 американских штатов и организаторы – представители национального офиса PAMC.

5 дней интенсивного обучения начались с сюрприза – участникам был предложен тестовый контроль знаний по химиотерапии. В ходе семинара таких сюрпризов было несколько. Например, таким сюрпризом стал объем знаний, без которого медицинская сестра в США не может получить доступа к проведению химиотерапии. Лекции американских преподавателей – Сандры Куртин и Анны Антонович-Джонсон охватили основные требования к знаниям сестринского персонала. Это и общие сведения о химиотерапевтическом лечении, и данные о различных онкологических заболеваниях, наиболее распространенных и включающих химиотерапию в качестве основного или сопутствующего лечения.

Большое внимание при подготовке медсестер к практике в области химиотерапии уделяется вопросам безопасности – условиям для подготовки препаратов, безопасному введению, порядку действий в случае ЧП (розлива препарата), порядку обращения с биологическими жидкостями пациента, обучению родственников. Отдельно на семинаре были рассмотрены побочные эффекты химиотерапии – анемия, миелосуппрессия, лихорадка, гипертония, периферическая нейропатия, мукозиты, тошнота и рвота; а также осложнения, возникающие при введении препаратов, – флебиты, экстравазация. В действительности, список потенциальных проблем пациента, проходящего химиотерапевтическое лечение, еще шире. Важно, чтобы медицинские сестры не только знали о потенциальных угрозах, но могли своевременно их предупреждать.

Кристин ЛеФебр, сотрудник ONS, в тесном сотрудничестве с которой мы вели подготовку семинара, оценивала результаты тестирования, формулировала для участников новые задания, мгновенно находила ответы и действующие стандарты сестринского ухода по наиболее сложным вопросам, поступающим от участников.

Мария Драйвер, эксперт в области научных исследований, рассказала участникам о концепции повышения качества, сформулировала задания, над которыми каждый день велась работа в группах.

Эксперты ONS познакомили участников семинара с ресурсами «Из науки в практику» – рекомендациями по эффективным сестринским вмешательствам в ответ на каждый негативный симптом. Так, во избежание тошноты и рвоты пациентам необходимо рекомендовать диету, исключающую острые, пикантные, ароматные, жирные, слишком сладкие блюда, избегать плотных приемов пищи, следить за тем, чтобы не развивались запоры, в целом вести оценку риска возникновения тошноты и рвоты, поскольку сам риск далеко не сводится только к вводимому препарату.

Многие сведения, представленные американскими преподавателями, были знакомы участникам семинара, однако некоторые моменты вызвали массу вопросов. Например, требования к защитной одежде в России и США отличаются. Так, при смешивании препаратов и их введении медсестра должна надеть 2 пары одноразовых перчаток и халат (шапочка и маска не нужны). При выдаче таблетированных форм препаратов медсестра также должна быть в перчатках – исследованиями доказано, что даже на закрытых упаковках таблеток обнаруживаются частицы химического вещества.

В ходе семинара лекции то и дело прерывались импровизированными панельными дискуссиями – участники семинара буквально брали штурмом вершины знаний. Американским преподавателям удалось ответить на десятки самых разных вопросов – от уровня нагрузки на медсестру до отдельных свойств и механизмов действия препаратов. Такой активной позиции со стороны специалистов ранее наблюдать не доводилось! Главное, что обмен информацией пошел на пользу. Заключительным сюрпризом от преподавателей семинара стало повторное тестирование участников, результаты которого многим удалось существенно улучшить!

От слов к делу

Разрабатывая проект для медицинских сестер онкологической службы, Ассоциация делала ставку не столько на новые знания, сколько на новые формы работы. Понятно, что речь идет о дополнительной нагрузке на сестринский персонал, а в условиях отечественного здравоохранения это не

всегда реально. Тем не менее надо с чего-то начинать.

Во-первых, следует осознать, что пациенты испытывают дефицит сестринской помощи. Он не обязательно выражается в том, что некому выполнить инфузию, он может выражаться в том, что некому подробно и несколько раз объяснить пациенту, какие побочные эффекты вероятны, как их избежать, как следить за своим состоянием в период лечения. Американские коллеги не единожды уточнили – назначая химиотерапию, врач расскажет пациенту о лечении, но это не значит, что пациент все поймет, запомнит и не будет испытывать нужды в дополнительных сведениях. Поэтому каждый сеанс химиотерапии с каждым пациентом – это повод для медицинской сестры оценить его состояние и еще раз напомнить о рекомендациях, связанных с применяемой схемой лечения.

Во-вторых, важно понять, что медицинская сестра – последний барьер безопасности для пациента. Большинство химиопрепаратов относятся к ядам, требующим осторожного обращения и аккуратной дозировки. Ошибки здесь неприемлемы. Поэтому нет ничего противоестественного в том, чтобы перед подготовкой препарата медицинская сестра еще раз перепроверила назначенную дозировку. Знание формул, наличие калькулятора и пара минут на расчет дозировки – новое правило, которое, вполне вероятно, со временем войдет и в практику российских медсестер.

В-третьих, необходимо начинать работу с источниками научных данных. Сейчас для многих медицинских сестер понятие доказательной практики пока не является чем-то близким и понятным, однако разобраться в нем предстоит всем и каждому. Ассоциация медицинских сестер России прилагает для этого все возможные усилия. Например, ведет соответствующую рубрику по сестринским исследованиям и доказательной практике в этом журнале или проводит вот такие семинары для медицинских сестер разных специальностей. В недрах Всемирной организации здравоохранения уже готовятся рекомендации для стран европейского региона по укреплению сестринских служб, и основной упор в документах делается именно на доказательную практику. В одном мы можем быть уверены, 33 медицинские сестры – участницы состоявшегося семинара с освоением доказательной практики справятся! Уже сейчас ими ведется интенсивная работа по сбору данных относительно распространенности флебитов, оценке пациентов на предмет риска развития тошноты и рвоты. Далее будут применяться освоенные знания – научнообоснованные сестринские вмешательства для профилактики этих нежелательных явлений, т. е. будут реализованы проекты по внедрению доказательной сестринской практики в реальную ежедневную работу ЛПУ.

В-четвертых, следует задуматься над введением сестринской документации. Нельзя при проведении химиотерапии ограничиваться только листом врачебного назначения. Медицинская сестра должна быть в курсе многих характеристик пациента, должна обращать внимание и на данные последних анализов, и на факторы риска развития побочных эффектов, и осуществлять сестринские вмешательства для их профилактики. В той или иной степени медицинские сестры выполняют эти задачи и сегодня, но в документации не фиксируют, следовательно, серьезный объем работы остается «за кадром». Более 90% медицинских сестер проводят обучение пациента – будь то в форме специальной школы или просто в беседе. За рубежом обучение пациента – одна из функциональных обязанностей медицинской сестры. Она обязана выполнить работу, зафиксировать это в документе. Администрация ЛПУ – обязана соответственно оценить вклад медсестры в лечебный процесс.

Несмотря на то, что термин «инновации» прочно вошел в нашу жизнь и регулярно звучит с экранов ТВ, настоящим новаторам пока легче не становится. Любая система стремится к защите от всего нового и непривычного. А участникам прошедшего семинара как раз таки и предстоит примерить роль новаторов на себя – заинтересовать коллег новыми профессиональными задачами, научить этой работе, внедрить собственные проекты повышения качества сестринской помощи, оценить достигнутые результаты, сообщить о них более широкому кругу специалистов. Всем нам предстоит год активной работы, и залогом ее успеха станет активная позиция и настойчивость замечательных, увлеченных своим делом, искренне болеющих за каждого пациента медицинских сестер онкологической службы! Кстати говоря, не успел завершиться наш первый семинар, как уже свершившимся фактом стало формирование в рамках Ассоциации специализированной секции онкологических медсестер. Сегодня ее участники активно обсуждают «боевые» задачи на форуме РАМС. Форум открыт для всех – присоединяйтесь!

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА САМОУХОДУ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Данилова Анна Александровна,
старшая медицинская сестра операционного блока
БУЗ «Клинический медико-хирургический центр Министерства здравоохранения Омской области»

Специалисты сестринского дела располагают реальными возможностями для оказания качественной и доступной для населения медицинской помощи. Обеспечивать жизнь, достоинство и конституционные права человека, а также улучшать качество сестринской помощи пациентам и вносить вклад в научную базу сестринского дела посредством проведения исследований – близкая и понятная мне задача.

Одно из таких исследований было проведено по вопросу повышения качества помощи пациентам с травмами позвоночника. Пациенты с переломами грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника составляют 10 % от общего числа травмированных пациентов, проходящих лечение в нашем отделении, из них переломы грудного отдела встречаются у 36,6 % пациентов, пояснично-крестцового – у 63,4 %.

Несмотря на небольшое количество переломов позвоночника в структуре общего травматизма, данная проблема является социально значимой. Это связано с длительностью пребывания пациентов в стационаре после проведенной операции. Опыт восстановления и проведения стандартных процедур лечения (анальгетики, средства с миорелаксирующим действием, нестероидные противовоспалительные средства, лечебная физкультура, массаж и др.) плюс обучение пациентов самоуходу в послеоперационном периоде позволяет формировать комплекс навыков и содействовать выздоровлению пациентов. Но могут ли медицинские сестры внести свою лепту в ускоренное восстановление здоровья тяжело травмированных пациентов?

В Омской области подобных исследований ранее не проводилось. Нами было принято решение о тестировании нового сестринского вмешательства – обучения пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника самоуходу в послеоперационном периоде, оценить роль обучения в ранней активации пациента и сокращении сроков госпитализации.

Заболевания пояснично-крестцового отдела позвоночника являются тяжелой патологией, вызывающей значительную деформацию, перестройку опорно-двигательного аппарата в целом, что приводит к выраженным страданиям пациентов, к снижению качества жизни человека. Лиц, перенесших операцию на пояснично-крестцовом отделе позвоночника, объединяют физические, телесные и душевные страдания, которые приводят к появлению новых проблем, связанных с потерей здоровья, ограничением жизнедеятельности, нормального функционирования в обществе, что порождает необходимость в защите права на здоровье. Психологическая и социальная реабилитация пациентов после перенесенной операции напрямую зависит от возможности адаптироваться к постельному режиму, что нередко обусловлено возможностью самоухода и самообслуживания.

Одной из актуальных проблем современной хирургии является повреждение мышечной ткани в ходе операции при использовании медицинского инструмента (ранорасширителей[1] и ретракторов[2]). Проводя сестринское исследование в отделении вертебрологии, я организовала исследовательскую команду в составе 6 человек, которая осознала важность темы и с интересом приступила к её реализации на рабочих местах. В ходе исследования было установлено, что после операций на позвоночнике одной из причин формирования поясничной боли в послеоперационном периоде является незнание пациентами особенностей самоухода.

Эта проблема и определила цель исследования – обучить пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника самоуходу в послеоперационном периоде.

Исследовательской командой были поставлены следующие задачи: выявить и изучить физические проблемы пациента, разработать программу обучения пациентов самоуходу, проанализировать влияние программы на раннюю активацию.

Для решения поставленных задач и составления программы обучения самоуходу был проведен эксперимент, в ходе которого отобрана группа пациентов в составе 20 человек (10 мужчин и 10 женщин, перенесших операцию на пояснично-крестцовом отделе позвоночника). Происходящие нарушения в данном отделе позвоночника приводят к перестройке всего позвоночного столба с развитием адаптационных изменений. Имеющиеся изменения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника обусловливают клиническую кар-

[1] Ранорасширитель – инструмент для расширения краев раны с устройством для фиксации его рабочих частей в разведенном положении.

[2] Ретрактор — хирургический инструмент для отведения тканей, их оттягивания и защиты во время операций.

тину заболевания и требуют особого подхода к лечению и реабилитации.

С целью выявления и изучения физических проблем пациента было проведено наблюдение, анкетирование и интервьюирование отобранных пациентов. Пациенты были детально проинформированы о предстоящем исследовании, своей роли в нем. Исследовательской командой были оформлены официальные документы информированного согласия. Надо сказать, что пациенты с пониманием отнеслись к исследовательской задаче, были мотивированы получить дополнительные знания о том, как преодолеть проблемы в своей новой жизни. Анкетирование позволило определить эти проблемы:

- психологические – пациентов интересовало, смогут ли они вернуться к работе и привычным видам деятельности, так как сильно зависят от других людей;
- физические – 80 % пациентов отметили ограничение двигательной активности, 32,5 % пациентов нуждались в проведении утреннего туалета, 10 % – в приеме пищи и 37,5 % пациентам потребовалась помощь при физиологических оправлениях (рис. 2).

Итак, интервьюирование подтвердило актуальность обучения – 80 % пациентов с заболеваниями поясничнокрестцового отдела позвоночника остро нуждаются в обучении самоуходу (так как не могут самостоятельно осуществлять двигательную активность). У мужчин потребность в самоуходе значительно выше, чем у женщин.

Для решения второй поставленной задачи – разработки программы обучения пациентов самоуходу – была изучена медицинская литература. К сожалению, в ходе анализа литературы, стандартных планов обучения пациентов самоуходу обнаружено не было, поэтому в тесном сотрудничестве с врачами приступили к их разработке.

Рис. 1. Общее число травм опорно-двигательного аппарата в БУЗОО «КМХЦ МЗОО»

Рис. 2. Проблемы пациента

Одна из основных целей ухода за пациентами в послеоперационном периоде – стимуляция его самостоятельного передвижения при минимальной помощи медицинского персонала и окружающих. Пациенты склонны забывать технику самостоятельных движений, поэтому задача персонала – не дать утратить навыки передвижения и напомнить о них. Все эти направления очень важны и в комплексе выполняют главную роль ухода за пациентом, находящимся на постельном режиме, а именно максимально возможное, в зависимости от состояния человека, восстановление подвижности и способности к самообслуживанию. Если пациент после операции может выполнять движения руками, то медицинская сестра обучает его некоторым мероприятиям по уходу за собой. Например, самостоятельное расчесывание волос способствует тренировке мышц рук и кистей, улучшает координацию движений и усиливает кровообращение. Самостоятельно уложенные волосы дают массу положительных эмоций человеку.

В первые дни реабилитации двигательная активность, в зависимости от состояния пациента, заключается в изменении положения рук и ног при поддержке медсестры и специальных приспособлений. Подъёмы из лежачего в сидячее положение, а также обучение навыкам сохранения правильного положения спины в условиях внутренних или внешних воздействий в профессиональной, бытовой и, конечно, спортивно-оздоровительной деятельности, – всё это вселяет веру и надежду на скорейшее выздоровление. Любое перемещение не может не влиять на положение позвоночника во время движения, и если оно отклонится от анатомического, то снова возрастет

Таблица 1

Стандартный план обучения пациента самоуходу

Проблема	Цель	Вмешательства	Мотивация
Ограничение самообслуживания (в связи с вынужденным постельным режимом) после операции на пояснично-крестцовом отделе позвоночника	Пациент будет частично обслуживать себя самостоятельно или с помощью родственника	1. Провести с пациентом психологическую беседу	Оказание психотерапевтической помощи
		2. Оценить способности пациента выполнять самостоятельно гигиенические процедуры, одеваться, двигаться в пределах своих возможностей 3. Адаптировать пациента к своему состоянию	Оценка состояния и функциональных возможностей пациента
			Создание условий, обеспечивающих физиологический и гигиенический комфорт
		4. Побуждать пациента быть как можно более независимым в пределах своих возможностей	
		5. Обучить родственников методам ухода	

компрессия на нервный корешок, вызывая обострение и боль.

В процессе беседы пациентам было рекомендовано в послеоперационном периоде соблюдать определенные правила, чтобы ускорить процесс выздоровления и увеличить свои шансы на избавление от боли. «Медленно, но верно» – таким был девиз для пациентов.

Одной из составляющих частей программы обучения самоуходу пациентов является разработанный стандартный план обучения для медицинских сестер. Цель создания плана – повышение профессиональной компетентности сестринского персонала и возможность качественного проведения бесед, разъяснений, обучения пациентов (табл. 1).

Проанализировав влияние программы на раннюю активацию в течение всего 2011 года, мы установили, что пациенты стали самостоятельно принимать пищу, проводить личную гигиену и менять одежду. Одним из ключевых достижений исследования стало то, что обучили пациентов изменению положения тела в постели и ранней активации в послеоперационном периоде.

Исследование подтвердило необходимость обучения пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника самоуходу в послеоперационном периоде, доказало эффективность предлагаемых мероприятий. Правильная организация и применение на практике программы обучения самоуходу пациентов дает положительные результаты и открывает новую дорогу к важным переменам в повышении профессионализма медицинских сестер.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Материалы конференции «Междисциплинарная помощь больным инсультом. Проблемно-ориентированный подход», Санкт-Петербург. Опыт амбулаторной реабилитации после инсульта //Сестринское дело. – 2011. – № 2. – С. 16.
2. Голенков А.В. Удовлетворенность больных сестринским уходом и лечением в психиатрическом стационаре // Главная медицинская сестра. – 2010. – № 8. – С. 143.
3. Злобина Г.М. Роль специалиста сестринского дела в выявлении психологических проблем пациентов инфекционной больницы // Главная медицинская сестра. – 2010. – № 3. – С. 98.
4. Душенков П.А. Сестринский уход при остром нарушении мозгового кровообращения // Сестринское дело. – 2009. – № 5. – С. 33–36.
5. Гельфенбейн М.С. Международный конгресс, посвященный лечению хронического болевого синдрома после операции на поясничном отделе позвоночника «Pain management 98» (Failed back surgery syndrome) / М.С. Гельфенбейн // Нейрохирургия. – 2007. – № 1–2. – С. 65.

СОВЕТЫ ПАЦИЕНТУ

План восстановления пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника в послеоперационном периоде

Вы перенесли операцию на пояснично-крестцовом отделе позвоночника. По мере улучшения самочувствия и следуя нашим советам, Вы сможете постепенно возвращаться к привычному положению тела, придерживаясь следующих правил.

1. Строго выполняйте назначения врача.
2. Не допускайте переохлаждения, особенно спины и поясничного отдела. Избегайте сквозняков.
3. Носите первые три месяца после операции и в период обострения подобранный по размеру корсет.
4. В положении лежа Ваш позвоночник должен всегда оставаться прямым. С этой целью выбирайте матрац эластичный, достаточно жесткий, отдавая предпочтение ортопедическим матрацам и подушкам. В случае болей в поясничной области, подкладывайте небольшую подушку и под колени.
5. Если Вы свободно перемещаетесь, то целесообразно носить обувь на резиновой подошве, так как при этом снижается амортизационная нагрузка на межпозвоночные диски.
6. Выполняйте работу по дому в положении сидя на удобном стуле со спинкой.
7. Если Вы сидите, то для сохранения прямой спины поместите небольшую подушку позади талии. Кресло или стул должны быть с поддерживающей позвоночник высокой спинкой. При транспортировке в автомобиле желательно использовать специальную ортопедическую подушку под сиденье.
8. Любые тяжести поднимайте в два этапа: сначала в положении сидя на коленях, подложив под них валик (предмет держите ближе к туловищу), затем постепенно поднимайтесь (рис.).

Рис. Влияние внешних сил на положение позвоночника в движении

9. Избегайте длительного пребывания в одной позе стоя или сидя; если Вам все-таки приходится долго стоять, следует использовать опору или время от времени перемещать вес тела с одной ноги на другую.

Болевой синдром мышц спины возникает в следствие:

- их чрезмерного растяжения из-за резкого движения;
- длительного пребывания в неудобной позе;
- избыточной нагрузки;
- в послеоперационном периоде.

Помните, Вам категорически запрещается заниматься активным физическим трудом! Вам противопоказаны:

- быстрая и длительная ходьба по неровной поверхности;
- длительная езда, особенно по неровным дорогам.

Следуя нашим рекомендациям, Вы достигнете оптимального уровня самопомощи, который:

- устранит проблемы по обеспечению собственной безопасности;
- позволит Вам самостоятельно принимать пищу;
- позволит проводить личную гигиену, менять одежду;
- будет способствовать изменению положения тела в постели и ранней активации в послеоперационном периоде.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИМУЛЯЦИОННЫХ МЕТОДИК В РАБОТЕ ШКОЛЫ БЕРЕМЕННЫХ

Гаврищук Юлия Геннадьевна,
старшая акушерка консультативно-диагностического отделения клиники Перинатального центра ФГБУ « ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения России

Многие женщины думают, что родить ребенка и стать матерью – одно и то же. С тем же успехом можно сказать, что одно и то же – иметь рояль и быть пианистом.
Сидни Харрис

Школа беременных Федерального специализированного перинатального центра начала свою работу в апреле 2012 года. За первый год в нашей школе прошли психопрофилактическую подготовку к родам более 150 беременных.

Идея создания такой школы была вызвана необходимостью психологической и информационной поддержки беременных, наблюдающихся у специалистов перинатального центра. Будущие мамы, ступающие на порог нашего центра, чрезвычайно встревожены. Это те женщины, для которых долгожданная беременность связана с большими рисками – в анамнезе имеются тяжелые заболевания крови, сердечно-сосудистой системы, эндокринные заболевания. У некоторых осложнения возникают и выявляются непосредственно во время беременности, им могут сопутствовать и проблемы в развитии плода. Уровень психологической тревожности у таких пациенток значительно выше, нежели чем у женщин с физиологически протекающей беременностью. Кому, как не нам, предстоит пройти вместе с этими женщинами путь к родам, стараясь оградить их от лишних волнений и тревог? Формат школы для этот как нельзя кстати.

Обучение в школе проводится двумя циклами:

- Экспресс-цикл длится 1 месяц, рассчитан на тех беременных, которые находятся на сроке 36–37 недель беременности.
- Цикл с курсом ЛФК длится 2 месяца и подходит для беременных со сроком 28–32 недели.

Процесс обучения включает в себя занятия по блокам:

- акушерский блок с практическим акушерским занятием;
- педиатрический блок с практическими занятиями;
- психологический блок с занятиями для будущих отцов.

Теоретические акушерские занятия информируют слушательниц об анатомии и физиологии женщины, о том, как происходит оплодотворение и развитие плода, об изменениях в организме женщины во время беременности, о необходимости ведения здорового образа жизни и правильного питания (влияние недостаточности, избыточности, несбалансированности). Женщин волнует многое, в том числе – изменение внешности. Наши занятия информируют о том, как ухаживать за собой, какой косметикой пользоваться, как осуществлять профилактику растяжек и, конечно, как правильно подбирать себе одежду.

Уникальностью школы является использование акушерского манекена-симулятора при проведении практического занятия. На этом занятии беременные узнают о процессе и этапах родов, осваивают техники дыхания, методы самообезболивания, массажа и релаксации. Робот-симулятор воспроизводит естественные роды, тем самым достигается эффект снижения страха перед этим событием.

Педиатрический блок рассказывает о физиологии новорожденного, об особенностях ухода, о возможных кризисах детского возраста, о правилах грудного вскармливания и введения прикормов, а также о том, как должна питаться кормящая мама, какие существуют методы профилактики образования трещин сосков, лактостаза, гипогалактии.

Психологический блок обучения освещает психологические аспекты, связанные с беременностью, предстоящими родами и послеродовым периодом. Здесь же проводятся и занятия с будущими отцами. И, внимание, занятия проводят – мужчины! Это позволяет будущим отцам обсудить волнующие их проблемы и вопросы.

Занятия лечебной физкультурой, а также посещение бассейна позволяет беременной укрепить сердечно-сосудистую и дыхательную системы, улучшить работу кишечника и активизировать кровообращение, устранить застойные явления в малом тазу.

Подводя итоги годовой работы школы беременных, мы проанализировали исходы родов. Были получены следующие данные.

Исходы родов	Роженицы школы беременных, (%)	Роженицы Центра, (%)
Нормальные роды	51	17,8
Кесарево сечение	11	32,9
Вакуум-экстракция плода	6	6,7
Акушерские щипцы	1	2
Нарушения сократительной деятельности матки	6	8,7
Угрожающая гипоксия плода	6	10
Перинеотомия	20	35,6

При этом количество беременных, родивших в перинатальном центре, составило 53% от общего количества слушателей.

Статистика показывает, что женщинам, имеющим серьезные нарушения здоровья, абсолютно показано обучение в школе. Знания и дополнительная поддержка со стороны акушерок, ведущих школу, играют ключевую роль в более благоприятном исходе родов. Имея дело с беременной женщиной, мы заботимся сразу о двух жизнях, несем двойную ответственность, а добиваясь успешного родоразрешения, празднуем двойную победу!

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПРОЛЕЖНЕЙ

Выговская О.Н.,
г. Новосибирск

Пролежни (от лат. *decubare* – лежать) – это язвы, возникающие на определенных участках тела из-за недостаточности кровообращения (ишемии) и обусловленной этим смертью клеток (некрозом). Лежачие пациенты зачастую подвержены риску развития острых и хронических заболеваний, а также появлению пролежней на различных участках кожи. По наличию или отсутствию пролежней можно оценить качество ухода за больным. Иногда человек годами прикован к постели и у него нет пролежней благодаря правильно организованному уходу.

В процессе развития пролежней можно выделить 5 стадий.

I степень: покраснение – это видимое покраснение кожи, вначале мягкое при прикосновении. Возникает быстро, иногда после нескольких часов, проведенных неподвижно.

II степень: поверхностная потертость – на коже появляются первые повреждения, создается пузырь, наполненный жидкостью.

III степень: глубокое повреждение – пролежень на полную глубину кожи – доходит до омертвения с открыванием более глубоких слоев кожи. Повреждение кожи углубляется и доходит до мышечной ткани, до границы с подкожными тканями.

IV степень: омертвение – на последнем этапе повреждение доходит до фасции кости, как результат – ее омертвение, часто с воспалением не только самой кости, но и воспалением суставов.

V степень: состояние общего заражения, то есть сепсис. Возникшее ранее омертвение распространяется в направлении фасции и мышц.

Лечение пролежней представляет собой трудную задачу и включает в себя целый комплекс мероприятий. Целью лечения является восстановление кожных покровов в области пролежня.

ПРОЦЕСС ЗАЖИВЛЕНИЯ, ЗАДАЧИ

1. Сухой некроз

Увлажнить, смягчить, защитить окружающую кожу

2. Влажный некроз

Абсорбировать, защитить окружающую кожу

3. Грануляционная ткань

Обеспечить влажную среду, защитить окружающую кожу

4. Новый слой эпидермиса

Поддержать влажную среду, защитить окружающую кожу

Общая схема лечения пролежней

Первичная оценка ситуации:

- место образования пролежня, степень тяжести, общее состояние раны;
- оценка статуса пациента.

Лечение:

- полное устранение давления на пролежень до заживления;
- местная терапия: адекватная обработка и лечение раны.

Оптимальные условия для заживления ран:

- влажная среда;
- оптимальная температура 37 °С;
- оптимальный ph = 7.

На сегодняшний день мы имеем достаточный опыт консервативного лечения с помощью современных повязок марки Matopat Medisorb (очищение раны, стимуляция образования грануляций, защита их от высыхания и вторичного инфицирования). Преимущества применения повязок:

1) широкий диапазон повязок;
2) комплексный подход к ранам;
3) простота использования;
4) экономичность.

При выборе средств обязательно обращайте внимание на следующие факторы: наличие инфекции, некроза и воспаления в ране, уровень экссудации (отделяемого из раны), размер, глубина пролежня. Для того чтобы правильно выбрать повязку, надо учитывать:

- фазу раневого процесса и количество отделяемого;
- глубину пролежня и ее размер;
- характер пролежня (инфицирование, количество экссудата);
- общее состояние пациента.

Лечение пролежней должно соответствовать фазам течения раневого процесса.

Лечение ран в фазе воспаления

Рана характеризуется наличием гноя, некроза тканей, развитием микробов, отеком тканей, всасыванием токсинов.

Задачи лечения: удаление гноя и некротических тканей, уменьшение отека и экссудации, борьба с микроорганизмами.

Сухой некроз

Основа успешного лечения пролежней – полное очищение раны от некроза. Некротическая ткань является прекрасной питательной средой для болезнетворной микрофлоры и тормозит заживление. Эффективное и безболезненное очищение раны от некротических тканей возможно при помощи специальных средств.

Необходимое оснащение: стерильный набор, раствор хлоргексидина, Medisorb G, Medisorb F.

После обработки раны антисептиком (не спиртосодержащим) нанести гель Medisorb G непосредственно на сам некроз, затем наложить стерильную повязку Medisorb F, эта повязка плотно прикрепляется по краям раны, чтобы слой гидрогеля не высыхал. Если из раны выделяется большое количество экссудата, следует наложить еще и абсорбирующий слой (марлевая салфетка), а затем плотно зафиксировать повязку. Medisorb G – гель размягчает и растворяет сухой некроз, очищает сухие язвы с небольшим количеством некротической ткани, а также сочетает абсорбирующие и увлажняющие свойства. Повязка Medisorb F не прилипает к поверхности раны и минимизирует риск повреждения здоровых клеток, благодаря чему смена повязки является безболезненной для пациента. Перевязка проводится ежедневно. Процесс растворения сухого некроза, как правило, проходит за 4–6 дней, этот процесс является индивидуальным для каждого больного. После очищения раны от некроза переходим на следующий этап лечения.

Влажный некроз

Задачи лечения. В фазе воспаления борьба с инфекцией, адекватное дренирование, ускорение процесса очищения раны, снижение системных проявлений воспалительной реакции.

Необходимое оснащение: стерильный набор, раствор хлоргексидина, Medisorb A, салфетки, пластырь Plastofix.

Для быстрого очищения раны используется повязка Medisorb A, которая представляет собой стерильную повязку, предназначенную для непосредственного применения на рану. Содержит кальций-альгинат и карбоксиметилцеллюлозу. При контакте с экссудатом раны повязка Medisorb A обеспечивает более быстрое очищение (санацию) ран. Повязка абсорбирует экссудат в ранах с высоким выделением экссудата и поддерживает влажную среду, которая создает условия, благоприятные для процесса заживления. Повязка Medisorb A обеспечивает вертикальный дренаж. Повязка Medisorb A, попадая в рану, преобразуется в гель и смягчает, дренирует некротические струпы во время стадии грануляции влажных некрозов.

Способ применения:

Шаг 1. Промыть рану шприцем, используя раствор хлоргексидина 0,5%.

Шаг 2. Выбрать повязку подходящего размера так, чтобы она была в 2 раза больше, чем сама рана. Повязка накладывается методом легкого тампонирования. Высокая пластичность повязки позволяет ей адаптироваться к форме раны. В случае трофических язв голени повязка может быть увлажнена перед применением физиологическим раствором 0,9%.

Шаг 3. Наложить поверх повязки вторичную марлевую повязку, зафиксировать пластырем Plastofix, который легко пропускает воздух и не сковывает движения больного.

Смену повязки следует производить, когда поверхность Medisorb A полностью превратится в гель. Период между сменами повязки полностью зависит от количества экссудата и составляет от 1 до 3 дней. Структура повязки и образование геля позволяют легко удалить повязку, не причиняя пациенту болезненных ощущений.

Лечение ран во второй фазе регенерации раневого процесса

Задачи: противовоспалительное лечение, защита грануляций от повреждения, стимуляция регенерации.

Medisorb P представляет собой многослойную полупроницаемую стерильную повязку, состоящую из следующих элементов:

- липкого слоя, который обеспечивает фиксацию повязки без приклеивания к ране;
- гидрогелевого слоя с высокой способностью к впитыванию отделяемого;

- мягкой пенки, обеспечивающей испарение избыточного количества отделяемого и одновременно защищающей рану от механического повреждения;
- внешней полиуретановой оболочки, проницаемой для воздуха и влажных испарений и непроницаемой для бактерий.

Повязка Medisorb P обеспечивает оптимальный уровень влажности в ране, благодаря чему улучшает естественный процесс ее заживления. Повязку следует ежедневно контролировать для предупреждения возможного растекания отделяемого.

Лечение ран в фазе эпителизации и рубцевания

Задача: ускорить процесс эпителизации и рубцевания ран.

Заживающие пролежни тоже требуют внимательного ухода – не теряйте бдительность раньше времени. Молодая грануляционная ткань очень уязвима и ранима – риск возникновения трещин и вторичной инфекции очень велик. Поэтому рекомендуется применять средства, которые создают оптимальную влажную среду, укрепляют грануляции и защищают рану от вторичного инфицирования, например, Medisorb F.

Вне зависимости от способа лечения очень большое значение имеет правильно организованный уход: смена положения больного, использование специализированных средств ухода. Если Вы хотите быстро и эффективно вылечить пролежни, обязательно позаботьтесь о разгрузке пораженной поверхности – купите специальный матрас. Даже самые эффективные средства для лечения пролежней не помогут, если пациент продолжает лежать на пораженной поверхности. К медикаментозной терапии по показаниям добавляют препараты железа, витамины, общеукрепляющие средства. Лечение пролежней должно начинаться как можно раньше.

Профилактические методы направлены на раннюю активизацию больных методами ЛФК, изменение их положения в постели.

В заключение хотелось бы сказать, что развитие медицины и фармакологии дает возможность отойти от старых, малоэффективных способов лечения пролежней, на данный момент имеются более действенные методы. Надеемся, что наш опыт, отраженный в этой статье, пригодится людям, желающим как можно скорее излечить своих родственников или подопечных больных от пролежней.

СИСТЕМА ВЛАЖНОГО ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН

Medisorb
эффективное заживление ран

matopat

УВЛАЖНЕНИЕ НЕКРОТИЧЕСКОЙ ТКАНИ
Medisorb G

ОЧИЩЕНИЕ РАНЫ, ДЛИТЕЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ НАД КОЛИЧЕСТВОМ ЭКССУДАТА
Medisorb A
Medisorb P
Medisorb H

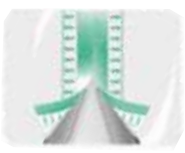
КОНТРОЛЬ НАД КОЛИЧЕСТВОМ ЭКССУДАТА В ИНФИЦИРОВАННЫХ РАНАХ
Medisorb A
Medisorb G

КОНТРОЛЬ НАД КОЛИЧЕСТВОМ ЭКССУДАТА
Medisorb A
Medisorb P
Medisorb H

КОНТРОЛЬ НАД КОЛИЧЕСТВОМ ЭКССУДАТА В ИНФИЦИРОВАННЫХ РАНАХ
Medisorb A
Medisorb G

ЗАЩИТА ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ТКАНЕЙ
Medisorb H
Medisorb F

Medisorb A


Medisorb F

Medisorb G

Medisorb H

Medisorb P

ООО "БЕЛЛА Восток", г. Москва, тел.: (495) 726-55-25
www.matopat.ru • www.na-rany.ru

Реклама. Соответствие подтверждено.

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ И ПОЛИТИКА

ИТОГИ КОНГРЕССА МЕЖДУНАРОДНОГО СОВЕТА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР «СПРАВЕДЛИВОСТЬ И ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

16–23 мая 2013 г. Мельбурн. Австралия.

Австралия встретила делегатов конгресса буйством красок и зелени, а гул океана, словно аккорды к предстоящему событию, навсегда останутся в нашей памяти. Каждый день был расписан по минутам, но ни языковой барьер, ни особенности австралийского климата не помешали нам принять активное участие в пленарных заседаниях и секциях, обсуждениях и принятии решений. Так прокомментировала состоявшуюся поездку Ольга Бучко, вице-президент Омской профессиональной сестринской ассоциации.

Российским участницам, а их, представивших на международном конгрессе Ассоциацию медицинских сестер России, было 10 человек – из Санкт-Петербурга, Иваново, Омска, Республик Коми и Чувашии, оказались не страшны трудности, связанные с длительным перелетом. Более всех мы переживали за омичей – 20 тысяч километров и трое суток в пути! Но переживания были напрасны – медицинские сестры сильны и духом и выносливостью, а за новым, интересным и уникальным опытом готовы отправиться хоть на край света, каким для многих из нас и является далекий и неизведанный австралийский континент.

Делегаты Ассоциации медицинских сестер России

Пока российская делегация адаптировалась к новому для себя измерению, часовому поясу и времени года – из по-летнему теплой весны предстояло на 10 дней окунуться в прохладную, но мягкую осень, – президент РАМС Валентина Антоновна Саркисова уже приступила к своим прямым обязанностям – работе в качестве члена Совета национальных представителей Международного совета медсестер.

Дебаты и дискуссии

Трехдневное заседание шло практически без перерывов, дискуссии были сложными и эмоциональными. Сегодня МСМ объединяет более 130 национальных сестринских ассоциаций и является единым голосом 16 миллионов медицинских сестер. Ассоциации в составе МСМ разные. Одни созданы совсем недавно, как, например, российская ассоциация – 20-летняя история по меркам мирового сообщества не так велика, другие уже более 100 лет являются членами Международного совета; одни Ассоциации объединяют сестер на добровольной основе, другие, причем наиболее мощные, основаны на обязательном членстве; некоторые занимаются только вопросами профессионального развития специалистов, другие выполняют профсоюзную миссию и участвуют в национальных соглашениях по оплате труда и социальной защите сестринского персонала. Несмотря на эти глубокие отличия, находясь в огромной аудитории руководителей сестринских ассоциаций, было очевидно, что на мир сестринской профессии у них единый взгляд.

Обсуждали разное, конечно, не могли не затронуть экономический кризис, сокращение сестринских и врачебных должностей, увеличение нагрузки и ответственности на медсестру, попытки решать профессиональные сестринские задачи за счет гораздо менее подготовленных медицинских кадров – ассистентов и помощников медсестер. Обсуждали возможности Ассоциаций по защите интересов профессии, которые в силу кризиса существенно ограничились. В условиях дефицита экономики многого добиться невозможно, надо максимально сохранить достигнутое. Обсуждали положение самих Ассоциаций, которые, аналогично всему здравоохранению, испытали и будут испытывать в дальнейшем давление экономических факторов – сокращение бюджетов, снижение поступления членских взносов, сворачивание важных и нужных программ.

Трудности национальных ассоциаций самым непосредственным образом отражаются и на положении дел в Международном совете. Так, отдельная сессия заседания была посвящена теме сокращения расходов. Правление МСМ, а в его составе 12 человек, представляющих разные континенты, теперь редко проводит очные встречи: на помощь приходят он-лайн технологии, хотя проводить такие брифинги сложно – слишком разные часовые пояса. В течение многих лет официальными языками МСМ были английский, испанский и французский, но готовить и публиковать все материалы Международного совета сразу на трех языках очень дорого, поэтому, по мнению многих участников заседания, можно было бы ограничиться одним английским. Обсуждали не только как сэкономить, но и как найти дополнительные ресурсы, увеличить численность МСМ, увеличить объем поступающих взносов. 16 миллионов членов – это далеко не предел для Международного совета, тем более что некоторые Ассоциации отличаются очень низким членством, самый яркий пример Франция – национальная ассоциация этой страны, входящая в МСМ, объединяет всего 450 медицинских сестер. По российским меркам это сестринский коллектив далеко не самого крупного ЛПУ! Зато Ассоциаций во Франции около сотни. Разобщенность сестер не идет на пользу ни для национальной организации, ни для всего мирового сообщества. Хотя авторитет МСМ очень высок во Всемирной организации здравоохранения, Всемирной организации труда и других специали-

Голосование членов Совета национальных представителей МСМ

Руководители национальных ассоциаций медсестер Израиля, Италии и Палестины

зированных агентствах системы ООН, дополнительные члены могли бы его только укрепить.

Представители национальных Ассоциаций и члены Правления МСМ высказывались и о расширении членства, и о решении экономических задач, и о реализации различных программ Международного совета. Здесь прозвучала и благодарность в адрес президента РАМС за эффективную реализацию двух международных проектов, осуществляемых совместными усилиями. Уже в течение нескольких лет мы стремимся противостоять ТБ, укрепить сестринскую службу фтизиатрических учреждений, а также продолжаем воспитывать сильных лидеров сестринского сообщества при поддержке МСМ. Результаты, которых добивается Российская ассоциация, многократно превосходят самые оптимистичные прогнозы зарубежных коллег и являются эталоном для многих сестринских ассоциаций.

Событие исторического масштаба

Надо сказать, что каждый год в состав МСМ входят все новые национальные организации. Так, в 2013 году большой победой стало вступление в МСМ Ассоциации медицинских сестер Китая. История этой ассоциации насчитывает уже более 50 лет, однако в силу политических обстоятельств ее участие в международном сотрудничестве долгое время откладывалось. Настоящим триумфом обернулось заседание Совета для президента Палестинской ассоциации медицинских сестер! Несколько десятилетий Палестина ведет борьбу за создание независимого государства, то приближаясь, то отдаляясь от заветной цели в рамках неугасающего конфликта с Израилем. Несмотря на слабую государственность и неокончательное признание, Палестина имеет органы управления, хочет развиваться так же, как развиваются другие страны. Действует здесь и профессиональная ассоциация медицинских сестер. После того, как на заседании Совета было озвучено обращение Палестинской ассоциации о вступлении в МСМ, первое ответное слово было взято Израильской ассоциацией. ***«Мы, медицинские сестры Израиля, осознавая все политически сложные моменты взаимодействия нашего государства и Палестины, готовы заявить о том, что стоим вне политики, но глубоко поддерживаем стремления во имя развития сестринского дела во всем мире, поэтому будем рады***

Мельбурн, Австралия, май 2013 г. – «Джудит Шамиан, выдающийся специалист в области сестринского дела и настоящий лидер профессии не только Канады, но и всего мира избрана в качестве 27 президента Международного Совета медсестер», сообщается в специальном коммюнике организации. Заметные профессиональные достижения достигнуты Джудит Шамиан в самых разных сферах деятельности – в науке и образовании, в управлении и администрировании, в политической деятельности и практическом здравоохранении. В недавнем прошлом Джудит Шамиан – член Глобального совета по сестринскому делу при Генеральном секретаре ВОЗ, создатель и руководитель Центра сотрудничества ВОЗ, в разные годы – президент Канадской ассоциации медсестер, а также Главный специалист Канады по сестринскому делу (главная правительственная медсестра).

Джудит Шамиан, президент МСМ на 2013–2017 гг.

Правление МСМ на 2013–2017 гг.

«В руках медицинских сестер ключ для решения множества проблем здравоохранения, поэтому так велика роль Международного совета в определении политической повестки дня для здравоохранения на международном и национальном уровне», отметила Джудит Шамиан в своей предвыборной речи. Среди своих задач на предстоящий президентский срок, а в Международном совете Медсе-

Руководители национальных ассоциаций медсестер Южной Кореи, Лесото и России

Делегаты Конгресса (слева-направо): Австралия, Тайвань, ЮАР, Россия, Бирма, Венесула

первыми отдать свой голос за Палестинскую ассоциацию как нового члена Международного совета», – заявила президент Израильской организации Лана Коен. Зал стоя приветствовал это во всех смыслах достойное профессии медицинской сестры высказывание и единогласно проголосовал за вступление Палестины в Международный совет.

Выборы

Будущее Международного совета сейчас как раз в руках лидеров мирового уровня. В ходе заседания Совета прошли выборы нового состава Правления и президента МСМ. На этот раз выборы таили интригу – на пост президента претендовали сразу три медицинские сестры, представляющие Боливию, Тайвань и Канаду. Выборам предшествовала дискуссия с тремя кандидатами – каждая имела возможность высказаться о своем видении задач Международного совета и поучаствовать в блиц-опросе аудитории. Выступление Джудит Шамиан оказалось самым сильным, осмысленным, демонстрирующим огромный лидерский потенциал, поэтому результаты прошедшего голосования никого не разочаровали, а ее победа была встречена овациями.

Парад национальных ассоциаций

Не успели отзвучать заключительные выступления участников Совета национальных представителей, как настало время для открытия главного мероприятия – международного конгресса, где к работе российская делегация приступила уже в полном составе. Здесь на несколько дней встретились более 4 тысяч специалистов сестринского дела, представивших 134 государства! «Церемония открытия поразила торжественностью парада национальных Ассоциаций в красочных костюмах. Разнообразие образов натолкнуло на мысль о том, что сестринская профессия, словно бриллиант, имеет много граней и выполняет множество функций, но от того, как мы совершенствуемся (шлифуем грани), зависит и то, как будут «блистать» наши специалисты. В течение всей церемонии, в момент выхода на парад российской ассоциации, нас не покидало чувство гордости от сопричастности с этим событием, от того, что мы здесь все вместе и на равных – медицинские сестры всей планеты», – такими впечатлениями делились члены российской

стер он составляет 4 года, Джудит обозначает оптимизацию и совершенствование медицинской помощи за счет научных данных; объединение ассоциаций, профсоюзов и регулирующих органов, чтобы медицинские сестры выступали единым и мощным голосом; взаимодействие с национальными сестринскими ассоциациями и медицинскими сестрами во всем мире.

«Доступность населению медицинской помощи и ресурсов для поддержания и сохранения здоровья является фундаментальным правом. Задача медицинских сестер состоит в том, чтобы вносить максимальный вклад в достижение оптимального здоровья населения во всем мире», – убеждена президент МСМ.

Помимо Джудит Шамиан в правление МСМ в результате выборов вошли: Багуадуф Калоа (Маврикий), Иоаннис Леонтоу (Кипр), Пол Пэйс (Мальта), Эльза Фрикфиннсдоттир (Исландия), Юрген Остербринк (Германия), Аннет Кеннеди (Ирландия), Пьер Тераулаз (Швейцария), Ева Рейес Гомес (Мексика), Эльба Оливера (Боливия), Марлин Салво Солано (Коста Рика), Шеян Лии (Тайвань), Джинтана Юнибханд (Таиланд), Петер Позун (Словения), Марлин Смаду (Канада), Масако Канаи-Пак (Япония).

Мельбурн, река Ярра

Заседание Совета национальных представителей МСМ

делегации. Удивительно, как стираются все барьеры, как на третий план уходят язык, исторические корни, те проблемы, в кругу которых мы каждый день живем, когда так открыты и готовы к общению с тобой медицинские сестры всех стран, когда слова – здравствуйте, я медицинская сестра из России, понимают без перевода.

Австралийская ассоциация медицинских сестер тепло приветствовала участников конгресса на своей земле, подобно тому, как некогда австралийские аборигены приветствовали здесь первых поселенцев. Традиции аборигенов в Австралии высоко чтят – лишь по прошествии какого-то времени мы смогли понять, что непереводимые слова, которыми начинали свои выступления и президент австралийской ассоциации, и премьер-министр, и министр здравоохранения, и любой спикер Австралии – были словами благодарности матери-природе и воле отцов этой земли. Кстати, это закреплено и в национальном законодательстве – во имя защиты уникальной природы в Австралию запрещен неорганизованный ввоз продуктов питания, растений, медикаментов.

Церемония открытия дала старт основным мероприятиям конгресса. Сообщество медицинских сестер, прибывших на Австралийский материк, демонстрировало мощь и потенциал профессии, обнажало проблемы и несовершенства, погружало в исследования и доказательную практику, искало ответы на актуальные вопросы, открывало новые возможности и перспективы, делилось опытом и достижениями.

Делегаты Конгресса (слева-направо): Боливия, Россия, ОАЭ

Так, в течение 6 дней было заслушано и обсуждено более тридцати докладов, проведено девять секционных заседаний (медицина катастроф, медицинские сестры сельской местности, лидерство для перемен, вопросы регулирования, социально-экономические вопросы, исследования, медицинские сестры по ВИЧ-инфекции, медицинские сестры с расширенной областью практики, образование).

Ключевой доклад конгресса был посвящен проблеме доступности и справедливости в обеспечении людей медицинской помощью. Мишель Казачкин, специальный посланник Организации Объединенных Наций по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Восточной Европе и Центральной Азии, врач, исследователь, профессор, говорил о том, с какой серьезной задачей удалось справиться медицинским сестрам и врачам, объединив свои усилия и, главное, заставив политиков к себе прислушаться. ВИЧ-инфекция, распро-

Дэвид Бентон, Исполнительный директор МСМ

Мельбурн – самый южный город-миллионер в мире

Делегаты заседания: России, Румынии, Португалии, Польши, Тайваня...

Башня Эврика – самое высокое жилое здание в мире, 91 этаж – 297 метров.

странение которой со страшной скоростью набирало обороты, унеся миллионы жизней, столкнулась с сильным сопротивлением. Медицинские сестры и врачи сражались с ней и у постели пациента, и в кабинетах власти, и в офисах крупнейших фармацевтических кампаний. Удалось за 20 лет многое. Обучить и проинформировать население, привлечь инвестиции и благотворительные фонды, доказать, что антиретровирусная терапия должна стать доступной. Праздновать окончательную победу еще рано, но уже сейчас очевидно, что угроза ВИЧ будет сведена к минимуму. Победа была одержана не только в борьбе с ВИЧ, но и в борьбе за осознание ценности здоровья и задач по его защите в международной политике. За эти годы дипломатические миссии разных стран в ООН преобразились, а специалисты в области здравоохранения, в том числе медицинские сестры, с успехом освоили роль дипломатов и специальных посланников по вопросам здоровья.

О всеобъемлющей роли медицинских сестер говорила и Лесли Манкузо – медицинская сестра, профессор и президент Jhpiego, международной некоммерческой организации, основанной Университетом им. Джина Хопкинса. Организация, которую возглавляет Лесли, осуществляет проекты, направленные на преодоление нехватки медицинской помощи. Многие регионы мира испытывают катастрофическую нехватку медицинских работников, в таких странах медицинская сестра подобна древнему атланту, который на своих плечах несет миссию по защите людей от болезней.

Розмари Брант, президент МСМ (справа) вручает статуэтку Флоренс Найтингейл Карен Морган, президенту Ассоциации медстестер Австралиии

Медицинские сестры всего мира во время конгресса делились своими проблемами и достижениями, перед делегатами открывались картины прошлого и будущего медицины. Президент Вьетнамской ассоциации рассказала, что только сейчас усилиями медицинских сестер в стране удалось добиться понимания смысла инфекционной безопасности. Чистые руки персонала, чистая и безопасная больничная среда, режимы карантина и мероприятия по дезинфекции еще несколько лет назад казались здесь ненужной тратой времени. Переломным событием стал птичий грипп, который унес сотни жизней жителей Вьетнама и самих медицинских работников. Теперь многое изменилось – пациенты по-прежнему размещаются в огромных палатах по 30–50 человек, но медицинские сестры знают, что после каждой процедуры необходимо провести гигиеническую обработку рук. Знания и новые под-

Деловой центр Мельбурна

Слева-направо: Рудольф Чини (Мальта), Розмари Брант (Австралия), Марлин Смаду (Канада) – президент и вице-президенты МСМ, 2009–2013 гг.

ходы к практике ценой жизни, иначе тут не скажешь.

Португальские коллеги представили совместный проект Университета и Ассоциации по внедрению Международного классификатора сестринской практики в информационные системы. Электронные карты пациента, мгновенный документооборот, удаленный доступ к медицинским консультациям – все это во благо доступности помощи, но требует определенных условий, главное из которых безопасность. Поэтому медицинским сестрам следует создать собственный терминологический словарь, принять и применять единые термины для описания характеристик пациента, симптоматики, сестринских вмешательств и их результатов. Португальский проект продвигается, и скоро программное обеспечение ЛПУ будет содержать детальные программы для работы сестринского персонала.

Как всегда, организаторам Конгресса удалось подготовить отличную программу и представить его участникам все самое новое и актуальное.

Сотрудники офиса МСМ в Женеве

Здравоохранение в Австралии

Было бы непростительно, находясь в Австралии, не познакомиться с системой здравоохранения этой страны. То, что здесь один из самых высоких уровней продолжительности жизни, мы знали и ранее. Сегодня в этой стране самые низкие показатели смертности – новорожденных и матерей, больных сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. Но амбиции государственного здравоохранения велики, первое место конечной целью не является. Поэтому реализуются многочисленные программы совершенствования медицинской помощи. Все граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь, могут обращаться и в частные клиники, тогда государство оплачивает 75% стоимости услуг, а пациент – оставшиеся 25%.

Участники конгресса имели возможность посетить медицинские учреждения Мельбурна – мы выбрали Научно-исследовательский центр лечения рака имени Оливии Ньютон-Джон. Эта ультрасовременная клиника поразила степенью вовлеченности сестринского персонала в свое создание с момента закладки первого кирпича. Архитектурные решения выполнены в пользу удобства персонала и комфорта пациента, у медицинской сестры всегда все под рукой, пост расположен в центральной части отделения, здесь же все вспомогательные помещения для хранения препаратов, расходных материалов, средств для дезинфекции. Палаты окружают сестринский пост, из них открывается панорамный вид на красоты Мельбурна. В каждом отделении предусмотрены зоны для приема пищи, для общения пациента с членами семьи. Палаты одноместные, интерьер близок к гостиничному, чтобы пациент ощущал себя как будто в путешествии. Кстати, учтено и мнение пациентов! Напротив кроватей расположены специальные доски, где медсестра может оставить свои рекомендации, – пациент такую записку не потеряет и не будет вынужден постоянно отвлекать персонал.

Сегодня многие отделения оснащаются тревожной кнопкой. Австралийские специалисты пошли дальше. Они проанализировали причины, по которым пациент вызывает медицинскую сестру. Ими оказались необходимость обезболивания, жажда и потребность сходить в туалет. Тревожная кнопка в этом центре тройная – поэтому, получив вызов, медсестра сразу понимает его причину и уже по дороге в палату может захватить необходимые медикаменты. Здесь в ходу чипы, это «умная» больница, которая знает все и обо всем – где в данный момент взять препарат, где находится какой инструмент, где находится сотрудник и где пациент. Таким образом решена и проблема очередей. Пациенты больше не ждут под дверью кабинета диагностики или узкого специалиста – они своевременно получают сигнал о том, что очередь подошла и только после этого покидают палату. На входе в учреждение пациента встречают небольшие настенные устройства, проведя своей пластиковой картой через него, пациент сообщает больнице – «я здесь», и она приветствует его улыбкой Оливии Ньютон-Джон.

Кто же эта самая загадочная Оливия? Голливудская звезда австралийского происхождения, снимавшаяся в фильмах Квентина Тарантино и, волею судьбы, оказавшаяся некогда в числе тех, кто лучше всего знает, что такое рак, т. е. среди пациентов. Преодолев болезнь с помощью австралийских врачей и медицинских сестер, Оливия решила помочь здравоохранению – она стала основным меценатом новой клиники и привлекла к пожертвованиям сотни людей и организаций. Своеобразная стена славы встречает посетителей в холле, являясь еще одной из многих интерьерных изюминок клиники, перенять опыт которой впоследствии будет заинтересована не одна зарубежная делегация.

Особый интерес у нас, конечно, вызывал вопрос о сестринском персонале. То, что эту профессию в Австралии уважают, было очевидным, но как дела обстоят с кадровым обеспечением? Дискуссии, в которых нам довелось поучаствовать, оказались противоречивыми. С одной стороны, в Австралии множество образовательных программ, привлекающих студентов из других стран, в том числе на факультеты сестринского дела. С другой стороны, шансов на трудоустройство «заграничной» медсестры в сегодняшней Австралии очень мало, да и австралийской молодежи приходится трудно. Новичков без опыта работы берут неохотно, месяцами выпускники не могут найти себе подходящей работы и, порой, вынуждены отказаться от карьеры медицинской сестры.

Послесловие

Мы многое узнали, многим восхитились, многое захотели внедрить в своей практике. В завершение программы конгресса с благодарностью к австралийским коллегам и президенту Розмари Брант из Австралии, срок полномочий которой истек, мы приняли участие в последнем знаковом событии. На церемонии закрытия конгресса состоялась передача полномочий новому президенту МСМ Джудит Шамиан.

Следующее мероприятие МСМ состоится в 2015 году в Сеуле. Едва поднявшись по трапу самолета, члены российской делегации стали строить планы участия в этом мероприятии. «В России немало талантливых медицинских сестер. Мы уже начали заниматься исследованиями, есть первые яркие результаты; у нас имеются перспективные управленческие модели, мы сильны в плане лидерства. Наших медицинских сестер должны знать, российский опыт будет полезен многим странам» – в этой бурной дискуссии мы и не заметили, как преодолели более 20 тысяч километров обратного пути.

Окунувшись в повседневную жизнь, мы не забыли тот опыт, что приобрели в Австралии. Теперь наше внимание будет сосредоточено на том, чтобы сократить расстояния – не географические, а медицинские, – ликвидировать очереди в поликлиниках, добиться комфорта для пациентов, достичь удобства для сестринского персонала, превратить свои больницы в одушевленные дома – добрые, чуткие и внимательные к человеку! Главное, не бояться брать на себя такую ответственность и поддерживать друг друга на этом пути! И до встречи в Сеуле!

Есть женщины… Есть профессионалы!

Россия богата не только природными, но и людскими ресурсами. А то, что российские женщины выгодно отличаются от женщин других стран своей скромностью, терпеливостью, душевностью, трудолюбием и устойчивостью к жизненным трудностям, отмечал еще великий русский поэт Некрасов. А женщины Ставрополья отличаются еще и красотой.

В Ставропольском краевом клиническом противотуберкулезном диспансере работает одна из них – опытный профессионал высокого класса. Зовут ее Надежда Анатольевна Богинская.

Можно с большой долей уверенности говорить, что в основу ее профессионализма легли не только личные качества – трудолюбие, стремление все знать и все уметь делать только на отлично, высокая степень ответственности, но и этапы трудового пути. Вот уже пять лет Надежда Анатольевна работает заместителем главного врача по работе с сестринским персоналом такого во многом непростого учреждения, как «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер». А начинала Надежда Анатольевна некогда санитаркой, затем была палатной медицинской сестрой, операционной, старшей и главной медсестрой краевого диспансера. Все это позволило ей узнать все разделы работы, как младшего, так и среднего персонала не только в теории, но и на своем личном опыте. На должности главной медицинской сестры диспансера и заместителя главного врача она стала еще и хорошим менеджером.

Надежда Анатольевна обладает большим авторитетом и уважением не только у подчиненных медицинских сестер, но и у врачей родного учреждения. Кропотливо, вдумчиво и требовательно она расставляет медицинских сестер по подразделениям, обучает их всем новшествам в работе, контролирует ее качество. Умело организовала работу Совета медицинских сестер учреждения по всем направлениям сестринской деятельности. Огромное внимание в своей работе уделяет обеспечению комплекса мер инфекционного контроля, что чрезвычайно важно в противотуберкулезном диспансере краевого уровня, где получают лечение пациенты разного возраста с разными формами и стадиями туберкулеза.

Надежда Анатольевна является членом Правления Краевой ассоциации медицинских сестер, членом экспертной комиссии по аттестации медицинских сестер диспансера. В 2008 году она приняла самое активное участие в организации и проведении в г. Ставрополе обучения медицинских сестер противотуберкулезных учреждений России на тему «Оказание помощи больным и борьба с туберкулезом и туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью в лечебно-профилактических учреждениях».

Под руководством Н.А. Богинской в диспансере в 2008 году была создана информационно-профилактическая бригада медицинских сестер «Берегиня», основным направлением работы которой является профилактическое формирование здорового образа жизни у детей и подростков, повышение уровня знаний о заболевании туберкулезом, путях его передачи и способах профилактики. В 2011 году «Берегиня» заняла первое место в Международном конкурсе «Сестринские достижения в области ухода, лечения и профилактики туберкулеза».

За свою многолетнюю высокопрофессиональную работу Надежда Анатольевна в разные годы награждена Почетными грамотами губернатора, Думы Ставропольского края, Минздравсоцразвития России, нагрудными знаками «Отличник здравоохранения» и «Верность профессии».

Но, разумеется, жизнь Надежды Анатольевны не сводится только к рабочим заботам и хлопотам. У нее отличная дружная семья, обожаемая и обожающая внучка Сашенька.

У героини сегодняшнего рассказа приближается юбилейный день рождения. Это прекрасная дата расцвета жизненных сил, приобретенного профессионального и жизненного опыта, многих желаний и больших возможностей. Пожелаем ей любви и уважения близких, здоровья, дальнейших профессиональных успехов!

Шалайко Татьяна Андреевна,
врач-фтизиатр Ставропольского краевого клинического противотуберкулезного диспансера с 25-летним стажем, кандидат медицинских наук

СЛОВО НЕ ВОРОБЕЙ

СТОИТ ЛИ СООБЩАТЬ О ДИАГНОЗЕ ПО ТЕЛЕФОНУ?

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

Клиническая ситуация

Девушка проходила в поликлинике плановое обследование. Вскоре ей позвонили домой, но, поскольку девушки в этот момент не было дома, дальнейший разговор происходил с матерью. На вопрос, кто звонит и по какому поводу нужна дочь, ей заявили, что звонят из поликлиники и хотели лишь сообщить, что у гражданки такой-то злокачественная опухоль. Что пережили после этого мать и ее дочь, не трудно себе представить. Вопрос: нарушил ли медицинский работник в данном случае принцип конфиденциальности?

В США к вопросам конфиденциальности относятся строго; право пациента на сохранность личной информации защищено комплексом правовых и этических норм. Обращение с медицинской информацией обусловлено не только правовыми, этическими, но и культурными нормами, а они в разных странах могут быть отличны друг от друга. Если в одной культуре обмен информацией с кем-то, кроме пациента, может оказаться допустимым, то в другой аналогичные действия могут быть совершенно неприемлемы.

Правовые основы конфиденциальности лежат в плоскости определения приемлемости и допустимости передачи информации третьему лицу.

С позиций этики все несколько сложнее. Само понятие «конфиденциальность» происходит от латинского «confidentia» – доверие, и подразумевает вверение информации профессионалу с целью мудрого с ней обращения. Моя практика показывает, что очень полезно думать о конфиденциальности именно с этих позиций, т. е. рассматривать медицинских работников в качестве умелых проводников информации, а не хранителей чужих тайн.

В приведенной клинической ситуации медицинский работник учреждения позвонил пациентке, чтобы сообщить результаты диагностических тестов. Мать пациентки сообщила, что той нет дома, и медицинский работник решил завершить свою миссию и передал информацию о диагнозе матери. Чтобы понять, этично ли поступил медицинский работник, важно решить, нарушил ли он принцип конфиденциальности.

Здесь ответ лежит на поверхности – принцип конфиденциальности был нарушен, действия медицинского работника не были оправданы с точки зрения этики. Тем не менее важно задаться дополнительными вопросами, касающимися подобных ситуаций.

1. Имела ли право мать пациентки на получение медицинской информации?

Это может быть правдой, особенно если девушка не достигла совершеннолетия и решения относительно ее лечения по закону принимаются родителями, или если она достигла взрослого возраста, но сама оставила в клинике разрешение на обмен информацией со своими родителями. Стоит упомянуть, что возраст не всегда играет определяющую роль. Например, есть особые диагнозы (к ним относятся болезни, передающиеся половым путем), которые не всегда сообщаются родителям. В США прослеживается тенденция по защите личных данных, в определенных случаях даже от родителей пациентов. Эта норма достаточно противоречива, в других культурах может быть уместен иной подход. Мать может ожидать информации о состоянии здоровья своей дочери, вне зависимости от ее возраста, диагноза, других обстоятельств. Если это не так, раскрытие информации является нарушением конфиденциальности.

2. Есть ли необходимость в том, чтобы мать была проинформирована? Этот вопрос в большей степени актуален для отделений интенсивной терапии, когда необходимы срочные решения о дальнейшем ходе лечения. В той мере, в какой медицинским работникам для продолжения лечения необходимо решение родителей, в той мере и оправдано разглашение информации. Как это применимо к нашей ситуации? Информация поступает матери по телефону, от нее в этот момент никаких решений не ждут, вероятно, они могут потребоваться при последующем посещении клиники, но не сейчас, не сию минуту. Если так, если в данный момент решать ничего не нужно, то раскрытие информации следует рассматривать как нарушение принципа конфиденциальности.

3. Выразил ли пациент запрет на разглашение информации? Этот вопрос соотносится и с ситуациями, когда родители имеют право на получение данных, но пациенты указывают, что они, например, не хотят, чтобы определенные сведения доводились до родителей. Нами рассмотрено немало случаев, связанных с диагностикой ВИЧ/СПИДа, когда пациенты отмечали в медицинской документации требование о неразглашении информации. Будучи в критическом состоянии такие пациенты все же нуждаются в том, чтобы за них принимались определенные решения, связанные с лечением. Однако если семья не будет

знать, в чем дело, адекватность принятых решений окажется под вопросом. Быть проводником информации сложно. Это подразумевает способность оценивать, какая информация нужна, как снабдить родственников пациента достаточными сведениями, не раскрыв главного, если такое в принципе возможно. Это также подразумевает понимание того факта, что медицинский работник не всегда может сдержать слово, данное пациенту. Если пациент просит медицинского работника сохранить в тайне определенную информацию, но ее сокрытие продолжаться не может, медицинский работник должен обратиться к пациенту и обсудить, стоит ли далее сохранять молчание. Если пациент вновь подтвердит свои намерения о неразглашении информации, то противное действие будет являться нарушением принципа конфиденциальности.

Недобрые вести лучше сообщать при личной встрече с пациентом, одновременно предлагая план лечения и оказывая поддержку

Подводя итоги, стоит отметить следующее. Представленная ситуация недостаточно полно изложена. Мать может обладать юридическим правом на получение информации, это также может быть обусловлено культурными нормами. Пациентка может не быть совершеннолетней, либо заболевание может не учитываться среди диагнозов, разглашение которых запрещено. Матери может быть необходима информация для принятия последующих решений относительно вариантов лечения. Нам достоверно неизвестно, не отметила ли сама пациентка свою мать в качестве лица, которому может быть доверена информация.

Девушка может оказаться и совершеннолетней. Решение о ее лечении не должно приниматься непосредственно в момент звонка по телефону. А пациентка, вполне возможно, способна принять такие решения самостоятельно. Кроме того, пациентка могла внести запрет на разглашение любой информации. К сожалению, всех этих недостающих деталей у нас нет, а они весьма значимы для обсуждения этой ситуации.

Если в действительности мать не должна была принимать срочных решений, если ее дочь – взрослая, если она оставляла запрет на разглашение информации, то медицинский работник мог вести себя совершенно иначе. Например, если бы мать спросила о цели звонка, он мог бы сказать, что звонит по поводу дальнейшего обследования пациентки и попросить, чтобы та сама перезвонила в поликлинику при первой же возможности. Если бы мать далее настаивала на информации, медицинский работник мог бы извиниться и объяснить, что не имеет права обсуждать этот вопрос в данный момент времени.

В США действует правило, которое запрещает медицинским работникам передавать информацию диагностического характера третьим лицам. Кроме того, для передачи информации запрещается использование незащищенных автоответчиков, общей голосовой почты. Когда дело касается недобрых вестей, медицинские работники предпочитают вызвать пациента в клинику, чтобы вместе с пациентом обсудить результаты диагностики, наметить план лечения и оказать поддержку.

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА В РОССИИ

В России обращение с медицинской информацией регулируется правовыми нормами. Главной из них является статья 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. В соответствии с ней определяется информация, составляющая врачебную тайну:

- информация о факте обращения за медицинской помощью;
- информация о состоянии здоровья гражданина;
- информация о диагнозе заболевания;
- иные сведения, полученные при обследовании и лечении гражданина.

Закон запрещает разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, специально оговорённых законом.

С согласия гражданина или его законного представителя законом допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

Право на неразглашение врачебной тайны принадлежит к числу основных конституционных прав человека и гражданина

Закон также устанавливает перечень случаев, когда допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя.

Так, предоставление сведений, являющихся врачебной тайной, без согласия гражданина допускается:

1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;

5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Помимо гражданско-правовой, законодательство устанавливает уголовную ответственность за разглашение врачебной тайны.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ СЕСТРИНСКАЯ ПРАКТИКА В ОБЛАСТИ ОНКОЛОГИИ

Мария Дрийвер Барбара Мандлеко Джанет Ларсон

В этой рубрике журнала уже неоднократно рассматривались вопросы доказательной сестринской практики. Мы приводили определение доказательной практики, рассказывали о том, как правильно сформулировать вопрос для поиска необходимой научной литературы в интернете и базах данных. В предыдущем выпуске «Вестника» мы рассказали и о том, что может стать конечным продуктом поиска научных данных, а именно руководства и научно обоснованные рекомендации для практики. В частности, речь шла о методических ресурсах «Из науки в практику», созданных Обществом онкологических медсестер, специализированной профессиональной ассоциацией США. В продолжение этой темы нам хотелось бы рассказать о том, как медицинские сестры могут применить научные данные на практике, тем самым укрепив и усовершенствовав свою профессиональную деятельность.

В июне 2013 года в Санкт-Петербурге Ассоциацией медицинских сестер России был организован семинар, посвященный доказательной практике при проведении химиотерапии. Семинар стал частью международного проекта РАМС, финансируемого из средств гранта Благотворительного фонда Бристоль-Майерс Сквибб. Цель проекта – поддержать усилия медицинских сестер по совершенствованию помощи больным раком. Помимо того, что при организации семинара ставка была сделана на принцип «каскадного обучения» (каждой участнице предстоит обучить не менее 20 коллег), основу знаний на этом семинаре составили как раз таки научно обоснованные данные и ресурсы ONS «Из науки в практику».

Методическая основа доказательной практики

М. Дрийвер (2013) была предложена методическая основа, модель для использования учебных материалов ONS в сестринской практике. Эта модель призвана помочь медицинской сестре проанализировать свою деятельность. Модель освещает ключевые компоненты сестринской практики, цель сестринского ухода, а также роль научных данных на каждом этапе ухода за пациентом. Модель применима в любых сферах деятельности сестринского персонала, однако сегодня мы рассмотрим преимущества ее использования при оказании помощи больным раком. Мы постараемся показать, как именно научно обоснованные данные, т. е. доказательная практика может быть встроена в традиционную практику медсестер онкологических учреждений.

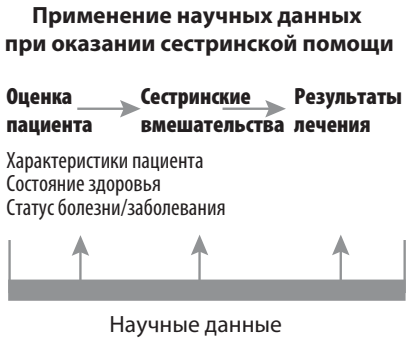


Рис. 1. Модель доказательной практики

Цель сестринского ухода

Медицинские сестры проводят немало исследований, направленных на управление нежелательными симптомами онкологических заболеваний и их лечения. Как это происходит? Все начинается с конкретной проблемы пациента, на которую можно оказать влияние с помощью сестринского вмешательства. При лечении рака такой проблемой может стать усталость, тошнота и рвота, вызванная химиотерапией, тревожность, нарушение сна и многие другие. По интересующей проблеме проводится поиск литературы – научных статей, где описаны исследования сестринских вмешательств для решения проблемы пациента. После сбора множества статей проводится анализ представленной в них информации, определяется, насколько весомы научные доказательства в пользу каждого вмешательства. Кстати говоря, именно так были разработаны и ресурсы Онкологического сообщества медицинских сестер США «Из науки в практику» (Мэллори и соавт., 2013).

Внедрение доказательной практики, таким образом, начинается с определения проблемы пациента. Мы понимаем, с каким симптомом должны помочь пациенту справиться, и далее ищем данные научных исследований, в которых были протестированы разные вмешательства и приемы преодоления этого симптома. Готовые рекомендации ONS «Из науки в практику» являются руководством к действию со стороны медсестры для решения той или иной проблемы пациента, сообщают о том, какие вмешательства являются научно обоснованными и обладают доказанной эффективностью.

Следуя этой логике, т. е. отталкиваясь от нежелательного симптома у пациента, можно самостоятельно провести поиск научной литературы. Например, воспользовавшись он-лайн базой данных Гугл Академия, можно ввести поисковое выражение «сестринские вмешательства для управления

симптомами рака и его лечения» и получить множество ссылок на ранее проведенные сестринские исследования по этой теме. (Указанный результат будет достигнут при использовании англоязычных ресурсов Google Scholar и поисковом выражении *«nurse management of symptoms from cancer and its treatment»,* поскольку научная база данных на русском языке ограничена. Прим. переводчика). Оценив различные заголовки и краткие описания обнаруженных статей, можно сделать вывод о тематике сестринских исследований, различных симптомах, попадающих в фокус внимания медсестер-исследователей, а также о тех сестринских вмешательствах, которые могут содействовать достижению цели сестринского ухода.

Научно обоснованная сестринская оценка пациента

Вести поиск информации бывает полезно, в том числе и для более глубокой оценки характеристик пациента, того как различные факторы могут повлиять на оказание сестринской помощи. Изучение взаимосвязи демографических характеристик пациента – возраста, пола, уровня образования, достатка и восприятия болезни способны помочь медсестре более качественно провести оценку пациента. Например, исследованиями продемонстрировано, что при воспитании семьей ребенка-инвалида тяжесть бремени ухода и уровень депрессии выше у матери.

Практической значимостью обладают исследования, направленные на разработку инструментов оценки состояния пациента. Например, в рамках исследований разработано несколько инструментов (анкет) для оценки риска пациентов по нездоровому образу жизни. Очень часто медсестры пользуются инструментами (шкалами, анкетами) для оценки риска падений или риска возникновения пролежней. Во многих странах повышенное внимание к вопросам безопасной больничной среды привело к тому, что при аккредитации больниц одним из требований является использование сестринским персоналом достоверных инструментов оценки различных рисков, которым могут быть подвержены пациенты в период госпитализации.

Такой инструмент есть и среди ресурсов «Из науки в практику» ONS. Это анкета для оценки риска возникновения у пациента тошноты и рвоты на фоне химиотерапии. Тошнота и рвота является частым побочным явлением химиотерапевтического лечения. Применяя достоверный инструмент для оценки риска тошноты и рвоты, медицинские сестры могут заранее, не дожидаясь проявления нежелательной симптоматики, определить пациентов из группы риска, и в сотрудничестве с врачами предпринять профилактические меры.

Научно обоснованные сестринские вмешательства

Доказательная сестринская практика, прежде всего, связана с применением научно обоснованных сестринских вмешательств при уходе за пациентом. Главная цель доказательной практики состоит в том, чтобы медицинские сестры применяли в уходе за пациентом наиболее эффективные методы помощи. Работая с различными категориями пациентов, медсестры проводят исследования о том, как лучше проводить обучение, как лучше оказывать поддержку и консультировать, как создавать комфортную среду во время лечения, какие меры безопасности обеспечить.

Например, большая работа проводится по вопросам немедикаментозного лечения боли. Для пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, большое значение имеют сестринские вмешательства, направленные на обучение и консультирование – сегодня именно медсестры помогают пациентам управлять различными состояниями, вызванными диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, гипертонией. Изучая сестринские вмешательства, специалисты руководствуются тем, какую цель в уходе за пациентом им нужно достичь. Для этого проводятся и рандомизированные клинические исследования, позволяющие протестировать экспериментальные вмешательства и добиться серьезного улучшения результатов лечения определенных групп пациентов. Например, в одном из исследований, проведенных в Омске, медсестре хирургического отделения удалось доказать, что ранняя физическая активность пациентов после ампутации нижних конечностей существенно влияет на их состояние – приводит к сокращению медикаментозной нагрузки, раннему восстановлению способности к самоуходу, раннему заживлению послеоперационной раны, ускоренной адаптации пациента к новой жизни, сокращению сроков госпитализации (Вестник РАМС. № 1, 2013).

В ресурсах ONS «Из науки в практику» также содержатся научно обоснованные вмешательства, которые целесообразны при различных негативных симптомах, например, при тошноте и рвоте. Такие сестринские вмешательства включают консультации и бучение пациентов по вопросам диеты и питьевого режима, контроль приема пациентами противорвотных препаратов, назначаемых врачом в зависимости от эметогенного потенциала химиотерапии. У российских медсестер – участниц международного проекта РАМС – будет возможность применить эти вмешательства на практике.

Доказательная практика и результаты лечения пациентов, зависимые от сестринских вмешательств

Сестринские научные исследования позволили определить те результаты лечения, на которые сестринские вмешательства оказывают преимущественное влияние. Например, благодаря сестринским вмешательствам удается защитить пациентов от ВБИ, снизить уровень боли, сократить частоту возникновения флебитов, предупредить возникновение пролежней или избежать падений пациентов, которые без соответствующих действий медсестры могли бы иметь место в период лечения. Большое поле для действий сестринского персонала составляет задача приверженности пациента лечению – исследования показывают, что многие пациенты следуют предписаниям врачей благодаря эффективному обучению и консультациям со стороны медсестер.

Выводы

Любые медицинские вмешательства со стороны врачей, медсестер, других медицинских работников должны основываться на научных данных. Ме-

дицинские сестры во всем мире знакомятся с результатами научных исследований, проводимых и сестрами и другими учеными, с тем чтобы воспользоваться результатами этих исследований в своей практике. Кроме того, специалисты изучают пути наиболее эффективного внедрения научных данных в медицинскую практику (Мелинк и соавт., 2012). Научные данные позволяют медсестрам менять практику и обосновывать предлагаемые изменения для других членов медицинского сообщества. Консультируя пациентов и объясняя, что те или иные предложения основаны на научных данных, медсестры могут достигать понимания и содействия со стороны пациентов. И наконец, следуя принципам доказательной практики, медицинские сестры способны заслужить уважение и признание со стороны пациентов и профессионального сообщества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Драйвер М.Дж., Применение модели научных данных для управления симптомами в онкологической практике, презентация на семинаре «Доказательная сестринская практика при проведении химиотерапии». Ассоциация медсестер России, 2013, Санкт-Петербург.
2. Итон Л.Х., Типтон Дж. М. Из науки в практику: Улучшение результатов лечения больных раком. Питтсбург, Общество онкологических медсестер.
3. Итон Л.Х., Типтон Дж. М. (2011), Из науки в практику: Улучшение результатов лечения больных раком. Том 2. Питтсбург, Общество онкологических медсестер.
4. Ирвин М.М., Ли Дж., Роджерс С., Старр П., Веббер Дж.П. Из науки в практику: улучшение результатов лечения – индуцированная химиотерапией тошнота и рвота. Питтсбург, Общество онкологических медсестер.
5. Мэллори Г., Драйвер М., Мандлеко Б., Ларсон Дж., Савинцева Е. Из науки в практику: Применение американских ресурсов доказательной практики сестринского ухода в химиотерапии // Вестник. № 2/2013.
6. Мельник Б.М., Файнаут-Оверхольт Е., Каплан Л. Состояние доказательной практики в США: Рекомендации для лидеров сестринского дела и преподавателей // Журнал управления в сестринском деле. 42 (9).
7. Общество онкологических медсестер. Из науки в практику: http://www.ons.org/research/PEP.

СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В МИРЕ

ГЛОБАЛЬНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ГРУППА

Принято считать, что сестринскими исследованиями занимаются в США, Канаде, Австралии, в странах Европы, в общем там, где ситуация в здравоохранении относительно благополучна. Однако, Глобальная специализированная группа сестер-исследователей (The Global Research Nurses' network) с этими стереотипами борется, привлекая к исследованиям медицинских сестер из стран с низким уровнем доходов и слабой экономикой. Глобальная группа оказывает бесплатную поддержку информационными ресурсами медицинским сестрам, которые проводят клинические исследования или занимаются внедрением их результатов, т. е. доказательной практикой. Информация, поддержка, наставничество, научное руководство, рецензирование, поддержка связи между исследователями и организациями – вот далеко не полный и весьма внушительный список добрых дел этой организации. Миссия глобальной группы не только в том, чтобы помочь исследователям, но и в том, чтобы рассказать о них всему миру, изменить отношение к сестринской профессии.

Исследованиями в сестринском деле занимаются многие медицинские сестры, их роль в развитии медицинской помощи очевидна коллегам, но слишком часто остается за кадром для других специалистов. Недооценка исследовательской роли медицинской сестры – одно из препятствий на пути распространения исследований, преодолеть которое и стремится Глобальная группа. Обучение, обучение и еще раз обучение – девиз организации. Дискуссионные группы, блоги, он-лайн курсы, статьи и ссылки на ресурсы по сестринским исследованиям, обучающие семинары и профессиональное членство предлагает сегодня Глобальная группа медсестер-исследователей всем заинтересованным специалистам. Членство является бесплатным, ценится вклад медицинских сестер в исследовательский процесс. К сотрудничеству приглашаются и медицинские сестры России!

Никола МакХьюдж,
координатор проектов,
регистрированная медсестра, магистр.
Глобальная группа сестер-исследователей,
Центр тропической медицины,
Оксфордский университет

Человек родился!

ДОБРОТА И ОТЗЫВЧИВОСТЬ В РАБОТЕ АКУШЕРКИ

Светлана ЧЕХНЕЕВА,
корреспондент интернет-издания Гатчинка.рф

Так уж задумано Творцом:
из века в век приходит в этот мир
и непохожим, и неповторимым
каждый рождённый человек.
Тагуи Семирджян

Акушерское отделение Гатчинской ЦРКБ Ленинградской области встретило меня тишиной, насквозь пронизанной напряжением и ожиданием. Трое молодых мужчин сидели в холле и томились в ожидании новостей. Присев на свободный диван, я тоже стала ждать: у меня была договорённость о встрече с акушеркой акушерского отделения Еленой Голозубовой.

– У нас роды, так что быстренько переодеваемся и бежим, – на ходу заметила Елена Альбертовна. Она сразу расположила меня к себе: открытая, добрая и весёлая.

В приёмном покое меня облачили в халат, бахилы, маску и отвели в родильную палату. Роды принимали у молодой женщины Полины.

– Закончила я Выборгское медицинское училище, – начала свой рассказ Елена, – с тех пор уже 27 лет работаю на акушерском отделении ЦРКБ. И не спрашивайте, почему акушерство. С детства знала, кем буду, так и получилось.

Недавно Елена закончила Санкт-Петербургский медицинский институт им. Мечникова, получила квалификацию менеджера сестринского дела.

– Уровень рождаемости возрос, – констатирует Елена Голозубова. – Но и существенно изменился возраст рожениц. Сейчас женщины не спешат иметь детей. Изначально они устраивают свою жизнь, профессиональную карьеру. По этой причине всё больше и больше женщин рожает первых детей после 30 лет. Это печально, так как такой возраст рожениц связан с рисками, как для матери, так и для ребёнка. Также участились случаи рождения второго ребенка уже в 35–38 лет, что тоже не может считаться нормой. Но наша жизнь сама расставляет такие приоритеты.

На некоторое время разговор прервался. У Полины начались схватки, и Елена с врачом Еленой Борисовной занялись будущей мамой. Именно в этот момент и произошло событие, которое я никогда не забуду. К животу роженицы приложили фетальный монитор, и всю палату огласил звук сердцебиения ребёнка. Пожалуй, это самый прекрасный звук в мире, особенно для той, которая выносила это сердечко в себе. Пока Полина отдыхала, мы продолжили разговор.

– Но кроме так называемых «старородящих», встречаются и наоборот, совсем юные девочки, – продолжает Елена Альбертовна. – Самой младшей было 13 лет. Увы, это тоже не редкость. Так же много встречается инфекционных заболеваний, современное общество не осуждает, когда у женщины до замужества есть не один партнёр. Именно по этой причине количество инфицированных беременностей возрастает. К счастью, уровень онкологических заболеваний за эти годы не увеличился. Встречаются предраковые состояния, такие, как эрозии.

Работа Елены связана с большими нагрузками и большой ответственностью. За её смену проходит в среднем пять рожениц, пять новорожденных детей. Кроме профессиональных знаний и опыта работа требует большого терпения, доброты и отзывчивости. Все роженицы разные, каждая по-своему переживает процесс, но всем им нужно уделить внимание, поддержать, направить, отнестись с пониманием и заботой.

– Мы не делаем разницы между женщинами, рожающими платно или без оплаты, – замечает медик. – Каждая получает всё наше внимание и наш опыт равноценно. Рожать к нам едут со всего района. Раньше много женщин рожали в Санкт-Петербурге. Теперь ситуация иная, некоторые женщины, проживающие в Питере, приезжают рожать к нам, по месту своей прописки. Техническое оснащение тоже изменилось. К примеру, кувезы для новорожденных детей ещё недавно были как обычные пеленальные столы, сейчас же они современные и высокотехнологичные.

Елена Альбертовна особо отметила, что патологий внутриутробного развития детей встречаться чаще не стало, даже несмотря на рисковый возраст рожениц.

– С момента приезда в родильное отделение и до момента выписки мамы с ребёнком мы несём за них ответственность. За каждого ребёнка мы переживаем, за каждую маму волнуемся и только на момент выписки их домой мы можем расслабиться. Чёрствые люди не могут работать в нашей области. Такие человеческие качества, как сопереживание, такт, душевность, отзывчивость, любовь к детям – основополагающие для работника родильного отделения. Каждый раз принимаешь новорождённого ребёнка, словно в первый раз.

Наука уже давно изучила эту область, но, тем не менее, своя тайна

рождения есть у каждого человека. Когда ты держишь на руках только что рождённого, еще такого маленького и беззащитного человека, понимаешь, что нет ничего более удивительного в мире, как появление новой жизни. А когда смотришь в счастливые глаза матери, понимаешь, что важнее твоей работы нет ничего.

На некоторое время разговор опять прервался. Роды приближаются. Елена готовит кувез для новорождённого, инструменты, перчатки, измеряет давление Полины, прослушивает сердцебиение ребёнка. Полину хвалят, но настойчиво просят помочь акушерам и внимательно исполнять все их рекомендации. В ожидании родов заглядывает врач-педиатр. Анестезиолог добавляет обезболивающее. По словам Елены, при использовании анестезии женщина не может полностью прочувствовать схваток, поэтому врачам работы прибавляется, и роженица должна чётко следовать указаниям медицинского персонала.

– Была у нас своеобразная пациентка, – вспоминает Елена Альбертовна. – Эта девушка в перерывах между схватками звонила мужу и рассказывала, что она с ним сделает, когда родит! При этом делала она это настолько красочно и живописно, что мы не устояли и рассмеялись. Роды тогда так и прошли – со смехом и шутками.

Начались роды. Врач и акушерка полностью погрузились в процесс. Чёткость, слаженность в работе, понимание друг друга с полуслова – всё это основы командной работы, в которую в этой ситуации включается и роженица.

В 14 часов 10 минут родился мальчик Денис, такой маленький и беззащитный, но уже проделавший сложный путь – путь рождения. Родился он под звук затвора объектива фотоаппарата, став звездой этого репортажа.

Я, человек далеко не сентиментальный, украдкой смахивала навернувшиеся слёзы. Глядя на Полину, видела блеск совершенно счастливых материнских глаз. Уставшая, но такая счастливая молодая женщина прошла непростой путь к материнству. Вместе с ней его прошли удивительные люди, покоряющие своей открытостью, добротой и ответственностью – медицинские работники родильного отделения.

ПОЛЕЗНЫЕ СОВЕТЫ

Свежевыжатые соки с мякотью или без – не только вкусный, освежающий напиток, они являются важнейшим компонентом здорового и лечебного питания. Однако следует помнить, что соки сокам рознь... и на вкус, и по целебным свойствам. И в каждом отдельном случае подходит определенный сок.

При болезнях желудка с повышенной кислотностью, например, противопоказаны кислые соки: апельсиновый, гранатовый, яблочный. Вообще, в этом случае рекомендуется все соки разводить наполовину водой.

Грейпфрутовый сок – неплохое средство от бессонницы, полезен при гипертонии, атеросклерозе, переутомлении.

Виноградный сок полезен при истощении нервной системы и упадке сил. Обладает мочегонным и потогонным действием. Снижает уровень холестерина в крови.

Вишневый сок губит возбудителей дизентерии и гноеродные инфекции: стафилококков и стрептококков.

Яблочный сок укрепляет сердечно-сосудистую систему, полезен занимающимся умственным трудом, способен выводить из организма соли мочевой кислоты. Свежевыжатый сок содержит большое количество пектина, создающего в кишечнике желеобразную массу, которая впитывает различные яды, а также активизирует работу кишечника. Свежевыжатый яблочный сок – отличное средство профилактики ОРЗ. Сок из кислых яблок, разведенный наполовину минеральной водой, – мягкое, но эффективное слабительное средство.

Персиковый сок показан при нарушении сердечного ритма, малокровии, заболеваниях желудка с пониженной кислотностью, склонности к запорам.

Арбузный сок – незаменимое мочегонное средство при отеках, связанных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и почек.

Дынный сок очищает желудочно-кишечный тракт. Нормализует работу почек и мочевого пузыря, помогает при запорах, проблемах с кожей.

Гранатовый сок – сильное общеукрепляющее средство после болезни, операции, при малокровии.

Грушевый сок обладает мочегонным и противомикробным действием, полезен при камнях в почках.

Сок рябины помогает при геморрое, гастрите с пониженной кислотностью. Убивает золотистый стафилококк.

Сок из черноплодной рябины понижает давление, эффективен при атеросклерозе. Хорошо помогает при токсикозе беременных.

Сок из черной смородины уничтожает вирусы группы А2 и В, повышает иммунитет, является поливитаминным и общеукрепляющим средством.

Сок из свежей петрушки эффективен при заболеваниях мочеполового тракта. В смеси с морковным соком в соотношении 1:3 он также полезен при усталости глаз. Количество сока на один прием не должно превышать столовой ложки.

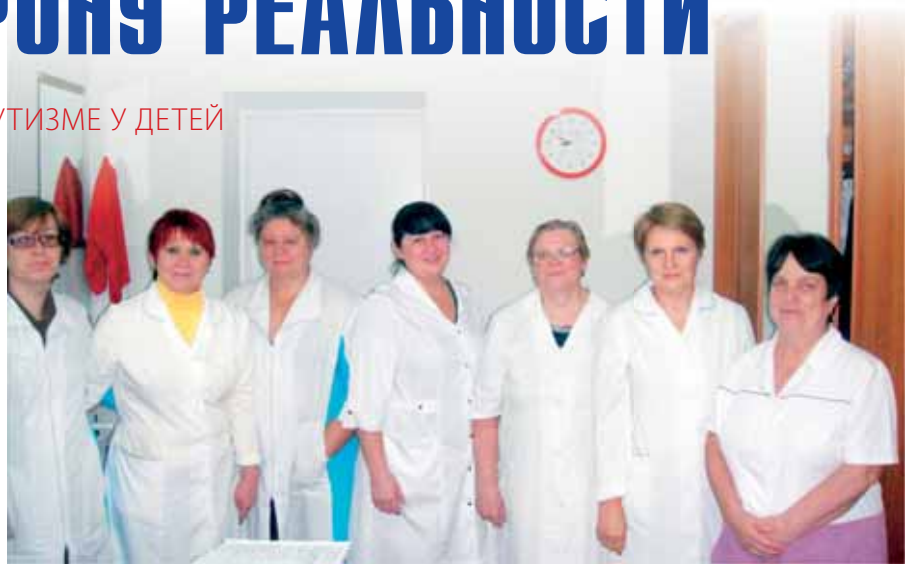
Сок из сельдерея полезен для почек, показан при сахарном диабете, а также при остеопорозе.

Сок из сырой моркови улучшает аппетит, пищеварение и структуру зубов. Повышает сопротивляемость к инфекциям, успокаивает нервную систему, защищает от дерматита. Такой сок очень полезен для усталых глаз.

ПО ТУ СТОРОНУ РЕАЛЬНОСТИ

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АУТИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Голованова Светлана Ивановна,
старшая медицинская сестра
ГБУЗ «Самарская психиатрическая больница», детское психиатрическое отделение



Предисловие

Год назад Ассоциацией медицинских сестер России был объявлен конкурс проектов среди медицинских сестер педиатрической службы. Финансирование в поддержку этой инициативы было выделено не только от российской ассоциации, но также от Почетного общества Сигма Тета Тау, его подразделения Эпсилон Бета.

По решению экспертов из секции педиатрических медсестер, грант в размере 50 тысяч рублей был предоставлен Светлане Голованова для реализации проекта помощи аутичным детям. Сегодня, по прошествии года, Светлана делится тем, что удалось достичь ей и коллективу детского психиатрического отделения Самарской психиатрической больницы.

Аутизм в мире и в России. Актуальность проблемы

Во всем мире проблема аутизма уже широко обсуждается и успешно решается, а в России, к сожалению, широкие дискуссии пока не проходят, а зря – ведь с каждым годом число детей с диагнозом аутизм увеличивается. Это подтверждает и наш опыт – статистика говорит о ежегодном росте обращений по поводу аутизма.

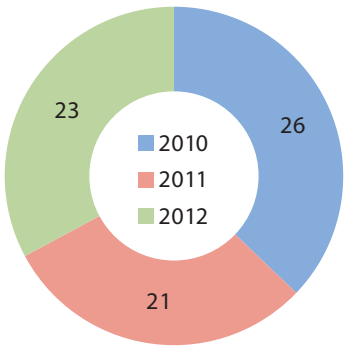
Неизвестное пугает, именно таким пугающим диагноз аутизма становится для родителей маленьких пациентов. Поэтому, медицинские сестры должны быть достаточно хорошо осведомлены и о заболевании, и о методах коррекции, и о том, чего могут добиться родители с помощью кропотливой ежедневной работы со своим ребенком.

Совместными силами нашего отделения нам удалось реализовать проект, которым ставились следующие цели:

1. Изучение материала и специальной литературы.
2. Разработка методов помощи аутичным детям и рекомендаций родителям.
3. Информирование общества о проблемах аутизма.

Аутизм – термин аутизм происходит от латинского слова autos – «сам» и означает отрыв от реальности, отгороженности от мира. Способность к игре и фантазированию развивается плохо. Игрушки используются для неуместных манипуляций, не соответствующих целям, для которых они предназначены.

Хотя аутизм – это заболевание на всю жизнь, родители в силах помочь своему ребенку проведением коррекционной работы. Успех лечения раннего детского аутизма зависит от времени начала терапии. Коррекционная работа с детьми должна быть обязательно комплексной и проходить на протяжении всей жизни.



Соотношение заболеваний в детском психиатрическом отделении ГБУЗ СПб

Далеко не всем известно, например, что инвалидность при аутизме может быть снята, что аутичный ребенок может оказаться весьма талантливым, что перед ним открыты двери в самые разные профессии – из аутистов вырастают отличные программисты, конструкторы, музыканты… В общем, и нам, и родителям таких деток есть к чему стремиться!

Наш проект

Прежде всего, перед нами стояла задача «погружения» в материал. Были прочитаны сотни страниц специальной литературы. Хотелось понять, какие книги несут ценную и достоверную информацию, какие способны вдохновить на новые достижения в коррекционной работе, какие больше подходят для профессионалов, а какие – для родителей.

Мы внимательно изучали методики развития речи, игровые техники, методы и приемы педагогического воздействия и психокоррекции, вопросы установления контакта с аутичным ребенком. Собранная информация сослужила нам хорошую службы – с ее помощью были разработаны рекомендации для родителей, упражнения для занятий с аутичными детьми. Теперь

родителям не придется тратить свое время на знакомство с каждой книгой – к выполнению простых и весьма полезных советов они смогут приступить, едва получив известие о диагнозе.

Нашим проектом мы ставили цель не только объединить усилия медицинских сестер и родителей пациентов, но и медсестер и врачей. При работе с психическими заболеваниями очень важно достичь единства и согласованности рекомендаций и действий медицинских работников. Многое из этого удалось.

Инновационная работа в отделении

Роль медсестры очень часто связывается с медикаментозной терапией – выдать таблетки, провести инфузию, подготовить инструменты. В психиатрии медицинская сестра – это человек творческий, это педагог и воспитатель, тот, кто с утра до вечера может играть с ребенком, но за каждым «игровым» действием будет скрываться терапевтическое! Этот вид терапии в нашем учреждении уже хорошо поставлен. В игре мы работаем над развитием определенных функций и формированием навыков, вовлекаем ребенка в коллективную деятельность, адаптируем его к социальной среде.

В игровой комнате проводятся как индивидуальные, так и групповые занятия. Дети с удовольствием рисуют, вышивают, лепят из глины и теста, работают с бумагой (аппликация, папье-маше). Творческая реабилитация (проведение концертов, конкурсов, фестивалей, игровых шоу-программ) способствует развитию личности, раскрытию талантов, развитию умственных и физических способностей, устранению коммуникативных проблем. Представьте себе, медицинская сестра – это еще и инструктор по физической культуре! Спорт – это часть нашей жизни, поэтому медицинские сестры ежедневно занимаются физкультурой с госпитализированными маленькими пациентами.

Одним из перспективных методов в борьбе с аутизмом является метод Томатиса. Его автор, Альфред Томатис, является известным французским отоларингологом, разработавшим систему аудиовокальных тренировок. Слуховая терапия по методу Томатиса заключается в прослушивании ребенком различных особых наборов звуков через наушники. Дети, которые до начала тренировок не разговаривали, начинают издавать различные звуки, а дети с более развитыми речевыми навыками начинают говорить более длинными предложениями.

У детей с аутизмом гиперчувствительный слух: малейший звук ребенка раздражает, хотя сам он при этом может очень громко кричать. После прохождения программы ребенок начинает слышать себя по-другому, потребность в крике сходит на нет.

Родители с интересом приходят к нам на беседы, рассказывают о своих проблемах и успехах в борьбе с болезнью, прислушиваются к рекомендациям

Во время терапии разрешается рисовать, играть в настольные игры, заниматься лепкой; нежелательно читать и писать; запрещается полностью – играть в электронные игры, использовать другое техническое оборудование, которое может производить звуки (телефон, компьютер, телевизор).

Именно благодаря гранту, полученному от РАМС, нашему отделению удалось начать работу с аппаратом Томатиса. К ней мы приступили с февраля 2013 года. За 3 месяца было исследовано 8 детей, находящихся на лечении. Прослушивание проводилось 2 раза в день по 15 минут. В основном, лечение показало хороший результат. Про аппарат было сказано, что он творит чудеса. Может, его и изобрели врачи и ученые, а работают на нем все же сестры.

Не скрою, было очень приятно оценивать результаты работы с аппаратом. Всем коллективом мы очень старались, переживали, надеялись на успех и праздновали его вместе с родителями. Отзываясь о переменах, произошедших с детьми, родители говорили о развитии эмоциональных реакций, улучшении способности понимать речь, снижению страха перед другими людьми, развитием навыка совместных действий, готовности выполнить задание, умением ответить на вопрос, а не повторить его в ответ…

Рекомендации для родителей

Коррекционная работа в больничном отделении очень важна, но внимания аутичному ребенку нужно много. Силами только специалистов это неосуществимо. Поэтому в лечении аутизма ведущую роль играют сами родители. Что это значит для нас, медицинских сестер? Это значит, что мы должны максимально поддержать родителей и научить тому, как следует заниматься с ребенком.

Очень важно понять, с какими трудностями сталкиваются родители, с какими переживаниями. Аутичный ребенок может производить впечатление капризного, избалованного, невоспитанного. Непонимание окружающих значительно усложняет положение и его самого, и его

КОРРЕКЦИОННЫЕ МЕТОДИКИ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ЛПУ И ДОМА

1. Занятия с карточками. Для занятий понадобятся карточки, для начала не больше 5. На них могут быть изображены предметы или люди, выполняющие определенные действия. Эти карточки можно использовать и для объяснения порядка действий. Например, подготовка ко сну разбивается на несколько действий, и на каждое действие заготавливается карточка. Сначала четко произносится: « Пора спать» и далее демонстрируются карточки. Карточки могут быть следующие: «снять одежду», «надеть пижаму», «почистить зубы», «умыться», «сходить в туалет», «пойти спать» и последней, картинка спящего ребенка. Показ картинок должен сопровождается объяснением, но не многословным. Только четкое название действий и ничего больше. Через несколько месяцев, может быть, даже через год, достаточно будет сказать «пора спать» и ребенок будет знать, что ему нужно делать. Это произойдет только в результате регулярных занятий. Такие карточки должны быть на все действия – «гулять», «кушать», «читать».

2. Дети с аутизмом обычно боятся воды. Необходимо предлагать ребенку игры с водой, но начинать занятия нужно постепенно, например, с мокрого песка, насыпанного в ведро. Постепенно песок должен становиться все более мокрым. На нем можно чертить линии, делать из него различные фигуры.

3. Очень важно развивать тактильное восприятие. Для этого можно взять небольшую коробку, заполнить ее любой крупой или песком и внутрь спрятать камушки или крупные пуговицы, для начала 2–3, не больше. Ребенок должен их найти и достать, постепенно количество камешков можно увеличивать до 10–15. Еще одно похожее задание: в миску налейте воду, на дно положите монетки, ребенок должен стараться их достать.

4. Упражнение на развитие координации: необходимо взять 2 чашки, наполнить одну из них водой и попросить ребенка переливать воду из одной чашки в другую. По мере развития этого навыка, размер чашки должен уменьшаться.

5. Лепка – одна из важнейших коррекционных методик: одновременно будет развиваться и моторика, и сенсорная чувствительность. Ребенок раскатывает пластилин, делает из него шарики и просто разминает его.

6. Нанизывание бус. Начать лучше с крупных кругов, вырезаных из картона, по мере развития навыка можно переходить к более мелким деталям, вплоть до бусинок.

7. Паззлы. Можно купить готовые паззлы, с очень крупными частями, а можно сделать их (со временем, количество частей паззла необходимо увеличивать).

8. Еще одно упражнение на моторику. Разложите в ряд одинаковые предметы, и пусть ребенок перевернет их.

9. Танцуйте. Можно танцевать дома или найти подходящий кружок.

10. Необходимо развивать тактильные ощущения. Для этого хорошо подойдут игры с различными материалами (шелк, шерсть, туалетная и наждачная бумага).

Схема занятий может быть следующей: 5 минут занятия с карточками, 5 минут – чтение книг, 5 минут – пальчиковые игры, затем перерыв и новый блок занятий. От простых упражнений к более сложным.

родителей. Такие родители чувствуют себя одинокими, у них возникает страх перед появлением в общественных местах вместе с ребенком, они начинают стыдиться своего ребенка.

Иногда, детей, страдающих тяжелыми формами аутизма, не принимают ни в одно детское дошкольное заведение, а при достижении ими школьного возраста признают «необучаемыми» и не принимают даже во вспомогательную школу. Живя в такой стрессовой обстановке, некоторые родители срываются на ребенка-аутиста.

Для успешной коррекционной работы с аутичным ребенком необходима доброжелательная атмосфера в семье. Родителям очень важно избавиться от стереотипов:

1) «Мой ребенок должен достичь в жизни большего и оправдать мои надежды».

2) «Больной ребенок – это наказание за какие-то твои грехи. Ты сама виновата, что он болен».

3) «Если у тебя больной ребенок-инвалид, твоя жизнь кончена: ты должна все бросить, отказаться от личной жизни и остаток своих дней посвятить ребенку».

И самое главное правило – такого ребенка необходимо принимать таким, какой он есть, не сравнивая с другими детьми. Он не лучше и не хуже их, он просто другой.

Родители раньше не шли на контакт с сестринским персоналом, не обсуждали ребенка, молча переживали по поводу заболевания детей, приводя их на медикаментозное лечение. Проект решил эту проблему! Теперь родители с интересом приходят к нам на беседы, рассказывают о своих проблемах и успехах в борьбе с болезнью, прислушиваются к рекомендациям.

Мы работаем под девизом «Знаний лишних не бывает», используем для консультаций и обучения любую возможность. Работаем по-разному – проводим совместные родительские собрания, семинары, лекции, а также предлагаем индивидуальные консультации, с готовностью откликаемся на соответствующие просьбы родителей.

Выводы

Постоянная работа специалистов с аутичным ребенком и, желательно, его семей является залогом успешного развития и положительной динамики. При одинаковой тяжести ранних предпосылок судьба ребенка с аутизмом может сложиться совершенно по-разному. Если много лет подряд с ним будут заниматься специалисты различного профиля, если его родители будут осознавать, что, ничего не делая, невозможно надеяться на положительные изменения, и что «сам собой» он не станет другим, то это один вариант. Если же всего вышеперечисленного нет, – совсем другой.

Именно медицинские сестры, являясь самой многочисленной группой работников здравоохранения, могут реально оказать влияние на его развитие и внести достойный вклад в совершенствование оказания медицинской помощи. Искусство сестринского дела заключается в гармоничном сочетании творческого подхода и научной обоснованности процедур, в умении порой защитить пациента от обуревающих его негативных мыслей и чувств. Такая защита важна для людей любого возраста, но особенно для детей, таких маленьких и беспомощных.

В детском отделении Самарской психиатрической больницы работа по совершенствованию помощи аутичным детям будет продолжаться. Положительные результаты, достигнутые с помощью проекта, просто не дадут нам остановиться на достигнутом. Надеемся, что некоторые из разработанных нами рекомендаций будут полезны коллегам – медицинским сестрам психиатрических учреждений – в других регионах России и будем рады сотрудничеству!

СТАНДАРТИЗАЦИЯ И ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕХНОЛОГИИ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

- **Ольга Александровна Полетаева,**
  канд. биол. наук,
  ведущий специалист по продукции
- **Марина Александровна Давыдова,**
  канд. биол. наук,
  специалист по продукции,
  ООО «ОМБ», г. Москва

В настоящее время в медицине широко используют цитологические методы исследования, которые основываются на изучении морфологии клеток и результатах цитохимических реакций. Цитологические исследования являются достаточно массовым видом лабораторных диагностических исследований. Если в 2001 г. клинико-диагностическими лабораториями учреждений здравоохранения России было выполнено 41 867,9 тыс. цитологических исследований, то в 2007 г. количество цитологических исследований увеличилось и составило 44 139, 2 тыс. [1].

Так как цитологические исследования являются высокоинформативным лабораторным методом, используемым как полноценный метод морфологической верификации диагноза, они имеют широкий спектр применения:

- в онкологии для распознавания злокачественных и доброкачественных опухолей; при массовых профилактических осмотрах с целью выявления ранних стадий опухолевого процесса и предраковых состояний; при наблюдении за ходом противоопухолевого лечения;
- в гематологии для диагностики заболеваний и оценки эффективности их лечения;
- в гинекологии – как с целью диагностики онкологических заболеваний, так и для определения беременности, гормональных нарушений и др. патологий;
- для распознавания многих заболеваний органов дыхания, пищеварения, мочевыделения, нервной системы и т. д. и оценки результатов их лечения.

Однако необходимым условием для точной и правильной оценки морфологии клеток и правильной постановки диагноза, является высокое качество приготовленного препарата [2].

В настоящее время традиционное цитологическое исследование ассоциируется с относительно высоким уровнем ложноотрицательных и ложноположительных результатов. Ошибки в цитологическом исследовании и получение ложноположительных и ложноотрицательных результатов исследования, ведущих к неправильной постановке диагноза, напрямую связаны с преаналитическим этапом исследований. Известно, что более чем в 50% случаях допускаемые ошибки, влияющие на результаты цитологического исследования, определяются качеством взятия и подготовки биологического материала, то есть качеством получаемого цитологического препарата (рис. 1).

Возникновение ошибок в цитологических исследованиях связано с тем, что и в настоящее время приготовление цитологических препаратов в большинстве лечебно-профилактических учреждений остается рутинной трудоемкой процедурой.

Попытки избежать подобных ошибок привели к разработке новых технологий, нацеленных на улучшение качества получаемых цитологических препаратов, повышение точности морфологической оценки клеток и чувствительности исследований, которые позволят поднять на новый уровень качество цитодиагностики, увеличить эффективность работы лабораторий и их производительность [2].

Одной из таких технологий является жидкостная цитология, получившая буквально в последние несколько лет широкое распространение, представляет собой комплекс методов, основанных на стандартизации технологии приготовления цитологических препаратов из жидкой клеточной суспензии [2, 4].

Для получения высококачественных цитологических препаратов в жидкостной цитологии немаловажное значение имеет метод цитоцентрифугирования. Цитоцентрифугирование применимо не только для различных видов биологических жидкостей (спинномозговая жидкость, бронхоальвеолярный лаваж, плевральный выпот, асцитная жидкость, моча и др.), но и для различных соскобов, пунктатов и др. видов биологического материала. Цитоцентрифугирование позволяет осаждать из различных видов биологического материала клеточные элементы.

Опыт применения цитоцентрифугирования с целью оптимизации и стандартизации стадий приготовления препаратов в цитологических исследованиях [3, 4] показал, что технология цитоцентрифугирования обладает значительными преимуществами:

- быстрое приготовление препарата – клеточный материал распределяется непосредственно на слайде;
- получение стандартизированного монослойного высококачественного препарата;
- снижение риска инфицирования персонала, участвующего в приготовлении препаратов, благодаря использованию «закрытой» системы;
- быстрый и удобный просмотр готовых цитологических препаратов: монослойный препарат занимает небольшую площадь (6–10 мм в диаметре).

В настоящее время на российском рынке медицинского лабораторного оборудования продукция, предназначенная для применения в цитологических

Рис. 1. Основные ошибки, допускаемые персоналом при приготовлении цитологического препарата из биологического материала

Рис.2. Центрифуга специальной конструкции – цитоцентрифуга

Рис. 3. Универсальные лабораторные центрифуги

исследованиях на стадии преаналитического этапа, представлена двумя видами центрифуг. Это центрифуги специальной конструкции – цитоцентрифуги (рис. 2) и универсальные лабораторные центрифуги с цитоаксессуарами (рис. 3).

Центрифуги специальной конструкции предназначены для приготовления препаратов из суспензии клеток и используются только в жидкостной цитологии.

Универсальные центрифуги имеют двойное назначение и могут использоваться как в практике клинической лабораторной диагностики для разделения различных видов биологического материала (кровь, моча, лимфа и др.), так и в жидкостной цитологии для приготовления препаратов.

Одно из основных преимуществ универсальных центрифуг заключается в том, что стандартные роторы, используемые в них, могут доукомплектовываться аксессуарами, совокупность которых образует цитосистему.

Основой цитосистемы являются камеры, представляющие собой пластиковую конструкцию с одним или несколькими каналами для внесения биологического материала. В процессе центрифугирования клетки осаждаются на открытую поверхность слайда. После удаления надосадочной жидкости получают препарат с четко выраженной рабочей зоной и тонким равномерным монослоем клеток.

С помощью цитоцентрифугирования можно получать как влажные, так и сухие препараты, используя специальные вставки-фильтры, которые располагаются между слайдом и цитокамерой.

Ассортимент цитосистем представлен двумя группами:

- цитосистемы с горизонтальными камерами;
- цитосистемы с угловыми камерами.

Для работы с жидким биологическим материалом рекомендуется использование цитосистем с горизонтальными камерами (количество каналов в камерах варьирует от одного до 4). Цитосистемы с горизонтальными камерами центрифугируют на роторах с применением съемных, специально предназначенных для этих целей, подвесок (рис. 4).

Конструкции цитосистем с горизонтальными камерами (рис. 5), помимо получения цитологического препарата, могут использоваться также на других различных стадиях преаналитического этапа, таких как дополнительная отмывка, фиксация клеток и др. Использование цитосистем с горизонтальными камерами позволяет работать с большими объемами проб (до 8 мл), с образцами биологического материала с различной концентрацией клеток, а также получать свободную от клеток надосадочную жидкость, пригодную для дальнейших исследований. Применение цитосистем с многоканальными камерами (рис. 6) предоставляет возможность получать на одном препарате несколько рабочих зон для цитологического исследования.

Цитосистемы с горизонтальными камерами, в зависимости от технических характеристик, представлены несколькими видами (табл. 1):

- цитосистемы на 1 мл биологического материала: для образцов небольшого объема с низкой концентрацией клеток (спинномозговая жидкость и др.);
- цитосистемы на 2 или 4 мл биологического материала: для образцов с высокой концентрацией клеток (плевральный выпот, асцитная жидкость и бронхоальвеолярные смывы);
- цитосистемы на 8 мл биологического материала: для образцов с большим объемом (моча).

В технологии цитоцентрифугирования с использованием цитосистем с горизонтальными камерами применяются

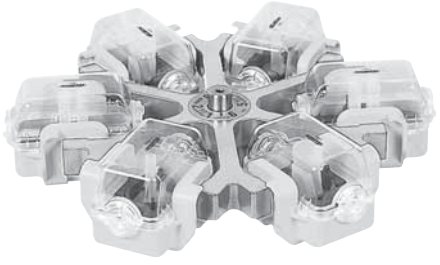


Рис. 4. Цитосистема в сборке с горизонтальными камерами на 6-местном роторе

Рис. 5. Конструкция цитосистемы с горизонтальной камерой

Таблица 1

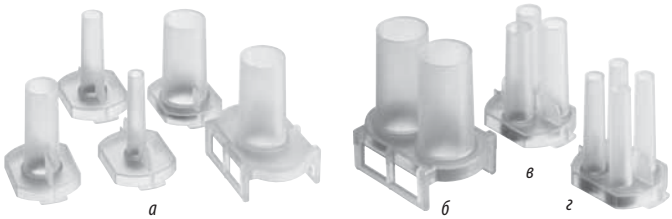
Технические характеристики горизонтальных цитокамер

Объем камер в зависимости от количества каналов, мл	1	2	4	8	3 × 2	4 × 1
Площадь рабочей зоны препарата, мм^2	30	60	120	240	3 × 60	4 × 30
Диаметр рабочей зоны препарата, мм	6,2	8,7	12,4	17,5	3 × 8,7	4 × 6,2

Таблица 2

Технические характеристики угловых цитокамер

Площадь рабочей зоны препарата, мм^2	30	60	120	240
Диаметр рабочей зоны препарата, мм	6,2	8,7	12,4	17,5



а *б* *в* *г*

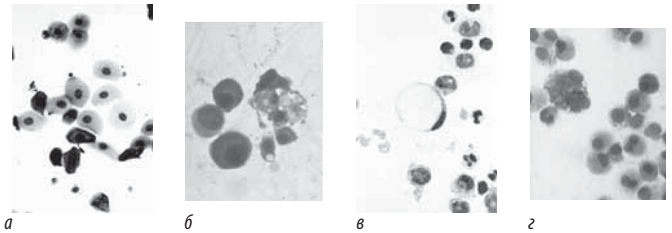
Рис. 6. Виды горизонтальных камер в зависимости от количества каналов
а **– одноканальная горизонтальная цитокамера;**
б **– двухканальная горизонтальная цитокамера;**
в **– трехканальная горизонтальная цитокамера;**
г **– четырехканальная горизонтальная цитокамера.**

а *б* *в*

Рис. 7. Цитосистема в сборке с угловыми камерами на роторах различной вместимости:
а **– цитосистема с угловыми камерами на 4-местном роторе;**
б **– цитосистема с угловыми камерами на 6-местном роторе;**
в **– цитосистема с угловыми камерами на 8-местном роторе.**

а *б* *в*

Рис. 8. Конструкция цитосистемы с угловой камерой
а **– крышка к цитоподвеске;**
б **– цитовставка с угловой камерой;**
в **– цитоподвеска.**



а *б* *в* *г*

Рис.9. Цитологические препараты из различных видов биоматериала
а **– из мочи;**
б **– из плевральной жидкости;**
в **– из спинномозговой жидкости;**
г **– из бронхоальвеолярного смыва.**

два метода центрифугирования в зависимости от вида биологического материала:

- одноэтапный метод – моча и бронхоальвеолярные смывы;
- двухэтапный метод – спинномозговая жидкость, асцитная жидкость, плевральный выпот.

Цитосистемы с угловыми камерами (табл. 2) также центрифугируют на роторах со съемными подвесками (рис. 7). Метод одноэтапного цитоцентрифугирования при использовании цитосистем с угловыми камерами (рис. 8) был разработан с целью получения цитологических препаратов с сохранением целостности клеток при работе с биоматериалом в малых объемах (от 0,2 мл до 0,8 мл) и с высокой концентрацией клеток.

Исследования, проведенные за рубежом, показали, что применение технологии с использованием цитосистем позволяет получать препараты высокого качества (рис. 9).

Методы цитоцентрифугирования с использованием универсальных центрифуг с цитоаксессуарами обладают рядом значительных преимуществ в сравнении с рутинными ручными процедурами на стадии приготовления цитологических препаратов высокого качества:

- возможность работы с образцами биологического материала разного объема (от 0, 2 мл до 8 мл);
- возможность работы с образцами биологического материала, имеющими как низкую, так и высокую концентрацию клеток;
- оптимальное сохранение биологического материала без изменения физико-химических характеристик клеток и их морфологии;
- возможность использования надосадочной фракции биологического материала, полученной при отделении клеточного слоя, в дальнейших биохимических и имуннохимических исследованиях;
- получение стандартизованного монослойного цитологического препарата;
- возможность получения до восьми рабочих зон на одном слайде при использовании цитосистем с многоканальными камерами.

Таким образом, использование универсальных центрифуг с цитоаксессуарами позволит максимально оптимизировать и стандартизировать процедуру приготовления цитологических препаратов. Стандартизация стадии приготовления цитологических препаратов с использованием универсальных центрифуг с цитоаксессуарами позволит получать тонкослойные клеточные препараты высокого качества из широкого спектра биологических материалов, снизить процент недостоверных результатов цитологического исследования. Это будет способствовать более точной верификационной оценке морфологии клеток и постановке правильного диагноза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Статистические материалы по социально значимым заболеваниям населения России в 2010 году // ФГУ «ЦНИИ организации и информатики здравоохранения РОСЗДРАВА». Москва, 2011.
2. Касоян К.Т. Опыт использования метода жидкостной цитологии в диагностике заболеваний шейки матки // Лаборатория, 2012. 5. С. 10–12.
3. Крюкова В.А. Преаналитические технологии в современных цитологических исследованиях // Справочник заведующего КЛД, 2009. 5. С. 36–37.
4. Шабалова И.К., Касоян К.Т., Савостикова М.В. Жидкостная цитология в клинической практике // Клиническая лабораторная диагностика, 2011. 12. С. 31–32.

О ТОНКОСТЯХ УСТРОЙСТВА НА РАБОТУ

С ДЕЙСТВУЮЩИМ СЕРТИФИКАТОМ И КАТЕГОРИЕЙ – ТОЛЬКО В САНИТАРКИ?

Здравствуйте, подскажите, пожалуйста, как мне быть?

Я отработала медицинской сестрой палатной во взрослом инфекционном отделении. В июне ушла из отделения по собственному желанию. Имею сертификат «Сестринское дело» сроком действия до 2015 года и два курса усовершенствования: «Сестринское дело при инфекции» и «Сестринское дело в косметологии», а также высшую категорию, которая действительна до 2016 года.

Через неделю после увольнения я обратилась по поводу трудоустройства в Дом ветеранов.

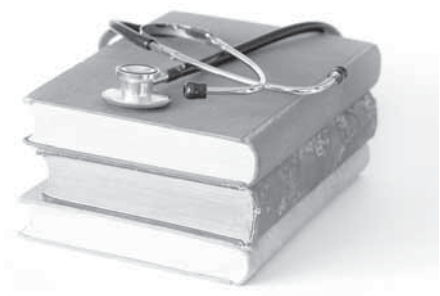
Директор посмотрел все мои документы и дал направление на медосмотр как медицинской сестре. После прохождения медосмотра (за свой счет) директор пересмотрел свое мнение и предложил мне должность санитарки до тех пор, пока я, опять же за свой счет, не пройду курсы усовершенствования «Сестринское дело в терапии».

Обошла все больницы – нигде не берут! Одним нужны курсы усовершенствования в эндокринологии, другим – в кардиологии. В конечном итоге пришлось встать на учет в Центре занятости, но и это не помогло. В Центре заявки на сестер есть, вакансий – не менее 20, а на работу меня все равно нигде не берут! И усовершенствование не пройти – лето, все в отпусках. Выход, получается, один – идти работать санитаркой?

Ассоциация медицинских сестер России, рассмотрев Ваше обращение, сообщает следующее:

Согласно п. 1 ст. 100 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» до 01.01.2016 право на осуществление медицинской деятельности в РФ имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в РФ в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат специалиста.

В соответствии с разд. III «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н (далее – ЕКС),



специалист со средним профессиональным образованием по специальности «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело» и сертификат специалиста по специальности «Сестринское дело» может быть назначен на следующие должности среднего медицинского персонала:

– Медицинская сестра;

– Медицинская сестра участковая;

– Медицинская сестра палатная (постовая);

– Медицинская сестра процедурной;

– Медицинская сестра перевязочной;

– Медицинская сестра патронажная;

– Медицинская сестра приемного отделения (приемного покоя);

– Медицинская сестра по приему вызовов и передаче их выездным бригадам;

– Медицинская сестра стерилизационной.

К сожалению, Вы не указали в своем обращении наименование присвоенной Вам специальности по диплому, поэтому дать более точное разъяснение, какие должности среднего медицинского персонала Вы можете замещать не представляется возможным.

Но если Вам, согласно диплома о среднем профессиональном образовании, была присвоена соответствующая квалификация среднего медицинского работника по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело», то при наличии сертификата специалиста по специальности «Сестринское дело», Вы вправе претендовать на любую из указанных выше должностей. Отказ в приеме на работу может быть оспорен Вами в судебном порядке. Если Вам была присвоена иная специальность, то для решения вопроса, на какую должность среднего медицинского персонала Вы можете быть трудоустроены, следует руководствоваться ЕКС.

Также следует иметь в виду, что в соответствии с п. 6 раздела I «Общие положения» ЕКС, лица, не имеющие соответствующего дополнительного профессионального образования или стажа работы, установленных квалификационными требованиями, но обладающие достаточным практическим опытом и выполняющие качественно и в полном объеме возложенные на них должностные обязанности, по рекомендации аттестационной комиссии медицинской организации, в порядке исключения, могут быть назначены на соответствующие должности, так же как и лица, имеющие специальную подготовку и необходимый стаж работы.

ДЕЗАР

Фильтр угольный сменный
ФУС-"КРОНТ"

Сертификат соответствия
№ РОСС RU.АВ59.Н01093

Комплект - 12 штук

ЗАПАТЕНТОВАНО В РОССИИ

Дополнительная функция рециркуляторов "ДЕЗАР" - удаление из воздуха токсичных примесей химической природы: анестезирующих газов, аэрозолей антибиотиков, витаминов, дезинфицирующих средств, формальдегидов, оксидов углерода (CO и CO_2), табачного дыма и др. методом сорбции при помощи фильтров из активированного угленаполненного волокна.

В первую очередь рекомендуем использовать рециркуляторы "ДЕЗАР" со сменными угольными фильтрами в операционных, реанимационных, процедурных, ингаляториях, стоматологических кабинетах, кабинетах эндоскопии.

Подробнее см. на нашем сайте в разделе: "Продукция / ДЕЗАР / Сменные фильтры"

Применение ультрафиолетовых бактерицидных рециркуляторов "ДЕЗАР" регламентируется:

1. **СанПиН 2.1.3.2630-10** раздел № 11 "Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря", пункт 11.12.
2. **Инструкция по применению** разработана ФГУН НИИД Роспотребнадзора. Утверждена приказом Росздравнадзора № 1124 ПР/09 от 16.02.2009 "Инструкция по применению облучателей-рециркуляторов воздуха ультрафиолетовых ОРУБ-"КРОНТ" (Товарный знак "ДЕЗАР").

НОВОСТЬ

Мы первые применили электрические счетчики наработки ультрафиолетовых ламп в рециркуляторах "ДЕЗАР", и наконец решение принято:

Опубликовано Приложение № 20: "Примерный план производственного контроля за соблюдением санитарных правил при проведении дезинфекционных и стерилизационных мероприятий" СанПиН 2.1.3.2630-10 "Своевременная замена ультрафиолетовых ламп" проводится "по показаниям наработки ламп в часах электрическими счетчиками".

Подробнее см. на нашем сайте в разделе: "Документация/ Нормативная документация, информационные сообщения и заключения"

РЕКОМЕНДАЦИЯ

В тендерной заявке указывайте:

1. Очистка воздушного потока от токсичных примесей химической природы за счет сменных комбинированных угольных фильтров.
2. Сменные фильтры устанавливаются в фильтровальном блоке, закрепленном на корпусе рециркулятора посредством упругих самофиксирующихся защелок. Замена сменных фильтров производится медицинским персоналом без применения какого-либо инструмента.

Подробнее см. на нашем сайте в разделе: "Документация / Комплект документов для конкурса / ТЗ на ДЕЗАР-3, 4, 5, 7"

КРОНТ
ЗАО "КРОНТ-М"
Тел. / факс: (495) 500 48 84 (многоканальный)
Интернет: www.kront.com
кронт.рф

MEDILIS.ru

+7(495) 315-16-65, 315-17-10, 980-80-39, 980-80-38

ОПТИМАЛЬНАЯ СИСТЕМА РОТАЦИИ ДЕЗСРЕДСТВ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

ХЛОРНЫЕ ТАБЛЕТКИ (ДХЦК)
ГЛУТАРОВЫЙ АЛЬДЕГИД
ЧАС+ТРИАМИН+ПГМГ
ЧАС+ТРИАМИН
ЧАС

АФЛОРАН
МЕДИЛИС-ДЕЗ
МЕДИЛИС-ЗДВ ДЕЗ
МЕДИЛИС-СТЕРИЛДЕЗ
МЕДИХЛОР№1000
МЕДИХЛОР№300

Лаборатория
МЕДИЛИС