

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

медицинских сестёр России

№ 5/14 2013



Преимственность в работе медицинских сестер операционного блока и ЦСО обсудили участники Всероссийской научно-практической конференции



стр. ?

Медицинские сестры всегда рядом – День психического здоровья прошел в разных регионах России



стр. ?

Только цифры и факты – При поддержке европейского бюро ВОЗ будет создана база данных образцовой сестринской и акушерской практики



стр. ?

Профессиональный долг исполняют с достоинством. Конференция медсестер-анестезистов в Вологде



ЛИЗОФОРМ

Автоматическая промывка каналов Scope Buddy®

Сведите к минимуму ручной труд при промывке каналов эндоскопа

- Промывка нескольких каналов эндоскопов за 30 секунд
- Совместимость со всеми гибкими эндоскопами
- Звуковая и визуальная индикация завершения процесса
- Настенное или настольное размещение рядом с имеющейся раковиной или мойкой



Репроцессор
DSD-201



Репроцессор
CER



Система для хранения
эндоскопов
Scope-Store SE

Группа компаний «Лизоформ»,
Тел. +7 (812) 347-71-15. E-mail: sales@lysoform.ru
Филиал в Москве: ООО «КлинДез»,
Тел. +7 (495) 741-54-42, 771-25-64. E-mail: klindez@yandex.ru
www.lysoform.ru



5 декабря 2013 года свершилось историческое событие – Экспертным советом Министерства труда и социальной защиты был утвержден проект профессионального стандарта по специальности «Сестринское дело», разработанный РАМС.

Дорогие коллеги и читатели «Вестника»!

В канун Нового года особенно приятно дарить и получать подарки. По удивительному стечению обстоятельств, за которыми стоят годы труда, переговоров, дискуссий, именно в преддверие Нового года все сообщество медицинских сестер получило долгожданный и бесценный подарок – 5 декабря в ходе заседания Экспертного совета Министерства труда и социальной защиты был принят профессиональный стандарт по специальности «Сестринское дело», разработанный Ассоциацией медицинских сестер России. Участники заседания – эксперты Министерства здравоохранения, Министерства труда дали исключительно высокую оценку стандарту и всей проделанной работе. Очевидно, уже в ближайшее время начнется внедрение документа в практику. Более того, в рамках заседания нам удалось обсудить и ряд других проектов профессиональных стандартов по специальностям младшего медицинского персонала. Документы давно ждут своей очереди на утверждение и, по всей видимости, это событие нас ждет в самом скором времени.

Успехов Ассоциации удалось достичь и по другим направлениям деятельности. Так, в течение осени шла напряженная подготовка к Всероссийской конференции «Инновации в работе медицинских сестер операционного блока и ЦСО». Мы впервые смогли собрать в одной аудитории специалистов отделений, связанных между собой едиными целями и задачами, обсудить общие проблемные вопросы. Огромное число положительных откликов продемонстрировало, что данное мероприятие прошло не зря, и специалисты получили массу полезной информации и знаний.

Как никогда ранее этой осенью мы погрузились в калейдоскоп событий и мероприятий. Буквально на следующую

день после конференции для операционных сестер и медицинских сестер отделений стерилизации стартовал II Национальный конгресс фтизиатров, в рамках которого прошел и симпозиум РАМС. Здесь мы видели свою задачу в том, чтобы поделиться с руководителями и специалистами сестринских служб противотуберкулезных учреждений информацией о работе нашего международного проекта. Его участницы представили доклады по темам своих научных исследований, касающихся мотивации пациентов, профилактики отрывов от лечения, инфекционной безопасности персонала. В очень сжатые сроки мы успели провести конкурс исследовательских грантов и наградили победителей – медицинских сестер фтизиатрии – в рамках небольшой, но очень теплой церемонии. Симпозиум завершился на положительной ноте, и, прощаясь на целый год, многие из его участниц поставили перед собой новые исследовательские и управленческие задачи.

Дальнейшего укрепления позиций Ассоциации медицинских сестер России нам удалось достичь и в направлении международных связей. В сентябре Благотворительный фонд «Бристоль-Майерс Сквибб» дал высокую оценку проекту РАМС–ONS в области химиотерапии, а уже в начале декабря был одобрен и наш новый проект для медицинских сестер онкологической службы, который будет реализован в сотрудничестве с Университетом Вашингтона.

В октябре в ходе заседания Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций состоялись выборы председателя и членов руководящего комитета. На предстоящие два года задача по укреплению вклада профессиональных ассоциаций европейского региона на политику ВОЗ в области сестринского и акушерского дела была возложена на Ассоциацию медицинских сестер России. Принимая

столь высокую ответственность, будучи руководителем Ассоциации, я ощущала не только поддержку со стороны европейских коллег, но и огромную силу в лице всех региональных ассоциаций, всех медицинских сестер в составе организации. Взвешивая все «за» и «против», принимая решение о выдвижении на пост председателя Форума, я думала, прежде всего, о великих достижениях медицинских сестер нашей страны, которые должны получить признание. И вот уже в эти дни Ассоциацией в сотрудничестве с ВОЗ запущен новый проект по сбору и анализу примеров передовой сестринской практики из нашей страны. Европейский офис ВОЗ впоследствии аккумулирует примеры всех стран в единой базе данных, которая станет источником практически значимой и научно подтвержденной информации о том, в каких направлениях следует проводить реорганизацию сестринских служб, в каких случаях расширение функций сестринского персонала возможно, эффективно и экономически оправдано.

Конечно же, осень стала «жаркой» порой не только для национального офиса РАМС, но и для всех региональных ассоциаций. Из многих уголков страны к нам стекалась информация о проводимых мероприятиях, конкурсах исследовательских работ, акциях, направленных на повышение информированности общества о тех или иных угрозах здоровью. Мы все сделали максимум из возможного, чтобы уходящий год оставил всех специалистов сестринского, акушерского и лечебного дела с багажом новых знаний и ценного опыта.

Дорогие коллеги! Позвольте поздравить вас с Новым 2014 годом, пожелать вам интересной и насыщенной профессиональной деятельности! Пусть весь Новый год пройдет на волне оптимизма и уверенности в собственных силах. Крепкого вам здоровья, счастья и благополучия!



На обложке: медицинская сестра Центрального стерилизационного отделения ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»

СОДЕРЖАНИЕ

НОВОСТИ РЕГИОНОВ

- | | |
|---|---------|
| День психического здоровья в Архангельске | стр. 3 |
| Выпускникам всегда рады. Конференция по вопросам адаптации молодых специалистов на рабочих местах состоялась в Алтайском крае | стр. 6 |
| Профессиональный долг исполним с достоинством. Семинар медицинских сестер-анестезистов прошел в Вологде | стр. 16 |

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

- | | |
|---|---------|
| Поддержим пациентов с онкологическими заболеваниями. Саммит организаций, осуществляющих проекты в области онкологии, состоялся в Амстердаме | стр. 8 |
| Только цифры и факты – Европейский компендиум образцовой сестринской практики | стр. 20 |

СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- | | |
|---|---------|
| Основные направления сестринских исследований | стр. 13 |
| Влияние тревоги на уровень страха перед болью у пациентов с ишемической болезнью сердца | стр. 29 |

ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА

- | | |
|---|---------|
| Информационная поддержка работы операционного блока: опыт НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко | стр. 10 |
| Падения в пожилом и старческом возрасте | стр. 23 |

ВОПРОСЫ ЭТИКИ

- | | |
|---|---------|
| Смертельная инъекция. Анализ ситуации с точки зрения этики и закона | стр. 35 |
|---|---------|

СОТРУДНИЧЕСТВО С АВТОРАМИ

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

ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

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

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

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

Ассоциация медицинских сестёр России

ООО «Милосердие»

Издательство «Медпресса»

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор – Валентина Саркисова

Ответственный редактор – Наталья Серебренникова

Отдел рекламы – Ольга Комиссарова

Отдел маркетинга – Юлия Мелёхина

Дизайн – Любовь Грабарь

Верстка – Игорь Быков, Ольга Гаврилова

Корректор – Марина Водолазова

АДРЕС РЕДАКЦИИ

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

СЛЕПУШЕНКО И.О. – заместитель директора Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения МЗ РФ

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 07.11.2013. Отпечатано в ООО «ИПК «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.

ДЕНЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В АРХАНГЕЛЬСКЕ



Бекетова Екатерина Николаевна,
старшая медицинская сестра
8-го психиатрического смешанного
отделения ГБУЗ «Архангельская
клиническая психиатрическая
больница»

Члены Ассоциации медицинских работников Архангельской области (АМРАО) ежегодно принимают участие в проведении Всемирного дня психического здоровья (World Mental Health Day), который отмечается 10 октября по инициативе Всемирной федерации психического здоровья во всём мире с 1992 года, а в России – с 2002 года. Ученые давно доказали, что предвестниками психических заболеваний являются стрессы, к которым располагает современная жизнь. От нестабильности и изменений в жизни страны до простой поездки в общественном транспорте – многие факторы приводят к тому, что человек со своими стрессами начинает смиряться. Люди борются со стрессами, не задумываясь о том, что главное – не допускать таких ситуаций.

Расширение знаний о сохранении психического здоровья – лейтмотив проведения мероприятий, посвященных Всемирному дню психического здоровья, что стало доброй традицией в ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница».

В 2013 году развернулась масштабная подготовка к мероприятию. Активное участие в работе оргкомитета приняла О.А. Гузенко – заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом больницы, член секции «Сестринское дело в психиатрии» РАМС, президент Архангельской региональной общественной органи-

зации «МОСТ», оказывающей помощь лицам, страдающим психическими расстройствами.

10 октября 2013 года в больнице было проведено консультирование пациентов и их родственников по вопросам охраны психического здоровья, оказания психиатрической помощи и реализации Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»; оказывалась консультативная помощь по социальным вопросам; предоставлялись консультации психологов; были организованы чаепития пациентов совместно с родственниками. На отделениях были проведены праздничные мероприятия, развлечения, поэтические вечера, игра «Поле чудес» и др.

Сотрудниками кабинета социальной реабилитации и членами АРОО «МОСТ» был проведен мастер-класс по плетению кукол-оберегов, а также организована творческая мастерская, в которой приняли участие все желающие, а их оказалось немало.

Ярким событием стала ярмарка-продажа изделий, произведенных пациентами больницы и клиентами кабинета социальной реабилитации и профилактики общественно-опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами. Выставка работ стала наглядным примером, вдохновившим пациентов на занятия в творческих мастерских. В этой деятельности необхо-

димо отметить успешное взаимодействие сотрудников, где важную миссию выполняют медицинские сестры наравне с социальными работниками и другими специалистами.

Члены АМРАО вместе со студентами СГМУ отметили День психического здоровья в детском отделении ГБУЗ Архангельской области «АКПБ». Ежегодно члены АМРАО принимают участие в мероприятиях, посвященных этому дню в Архангельской клинической психиатрической больнице, радуют своими подарками пациентов данного учреждения. В честь Дня психического здоровья сотрудники музейного комплекса СГМУ представили результаты исследования по истории психиатрии в Архангельской области, проводившегося на протяжении нескольких лет.

11 октября прошли торжественные мероприятия, приуроченные к Дню психического здоровья, где выступили представители министерства здравоохранения Архангельской области и общественных медицинских организаций. Президент АМРАО Анна Андреева вручила благодарности РАМС персоналу Архангельской психиатрической службы, среди награжденных – 9 медицинских сестер АКПБ и представители психоневрологических диспансеров Архангельска и Северодвинска.

Главный врач больницы В.А. Амосов отметил вклад сотрудников в развитие больницы, подчеркнув, что, несмотря



Творческая мастерская

на трудные и сложные условия труда, коллектив стабилен. Заместители главного врача Э.Р. Конопленко и А.Б. Богданов также обратили внимание на тесное взаимодействие всего персонала в порой непростых ситуациях, сделав акцент на работе сестринского персонала. Состоялось торжественное награждение лучших сотрудников больницы в номинации «Милосердие и профессионализм», выбранных по результатам голосования среди пациентов. Большинство подарков получили медицинские сестры и младший медицинский персонал, работающие в больнице уже много лет.

Традиционно в честь Дня психического здоровья была оформлена выставка по истории психиатрической службы в Архангельской области. Она

ежегодно расширяется в ходе исследовательской работы членов Общества изучения истории медицины Европейского Севера, коллективными членами которого с 2006 года являются и АКПБ, и АМРАО. Выставка вызывает живой интерес у посетителей, так как знакомит с летописью учреждения не только сотрудников и ветеранов, но и пациентов, их родственников и гостей больницы. Необходимо отметить, что на протяжении многих лет информацию по истории архангельской психиатрии кропотливо собирает старшая медицинская сестра приемного отделения Е.М. Котова, работающая в больнице почти 45 лет!

Инициативу по сохранению истории родного учреждения поддержали многие медицинские сестры, я, как стар-

шая медицинская сестра 8-го психиатрического отделения подготовила фото- и видеопрезентации мероприятий, проводимых в нашей больнице, а старшая медицинская сестра детского отделения Е.В. Будрина, участвовала в обобщении материала по истории психиатрии на базе музейного комплекса СГМУ. Историю своих отделений в виде фотоальбомов представили коллективы приемного отделения, кабинета функциональной диагностики, детского отделения, 6-го мужского отделения, 2-го женского отделения и психонаркологического отделения № 2.

Заключительным и пронзительным по искренности и душевности стало стихотворение-посвящение пациента с благодарностью ко всем медицинским работникам нашей больницы.

День психического здоровья в Самарской психиатрической больнице

10 октября 2013 года Министерство социально-демографической и семейной политики Самарской области при участии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарская психиатрическая больница» и реабилитационного центра для инвалидов вследствие психического заболевания «Здоровье» провели общественный форум «Новый взгляд – новые возможности», посвященный Дню психического здоровья.

Цель форума – создание условий, при которых люди с психическими расстройствами чувствовали себя защи-

щенными, были уверены в завтрашнем дне, имели возможность реализовать свой личностный и творческий потенциал и изменение у населения сложившийся негативный стереотип по отношению к ним.

На форуме были представлены более 30 картин пациентов Самарской психиатрической больницы, большинство из которых были написаны в АРТ-студии реабилитационного отделения больницы. В ЛПО работает группа свободного творчества, которую пациенты проводят самостоятельно. Творческие изделия участниц группы уже успели «побывать в командировке» на Втором Московском фестивале творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны».

Также выступил театр – студия «Счастливым случаем», созданный в больнице в 2012 году под руководством режиссера (волонтера) заслуженного артиста РФ, со спектаклем А. Чехова «Медведь». Театр-сту-

дия, названная ее участниками «Счастливым случаем», представляла театральную постановку «Вечер русской поэзии» на Втором Московском фестивале творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны», на праздничных мероприятиях для пациентов и сотрудников больницы. В рамках форума также был проведен мастер-класс по танцевально-двигательной терапии, проведенной специалистом по адаптивной физической культуре отделения реабилитации больницы. Все представленные достижения работы медицинского персонала Самарской психиатрической больницы с пациентами стали результатом внедрения с 2008 года инициативы по развитию биопсихосоциальной реабилитации, предложенной главным врачом М.С. Шейфером.

В День психического здоровья медицинские работники порадовали пациентов и их близких, а руководство клиники в ходе общепольничной конференции не забыло поздравить и поблагодарить персонал, а также наградить медицинских сестер за вклад в улучшение качества жизни пациентов с психическими расстройствами.



ИННОВАЦИИ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА И ЦСО

ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ,
ПРОШЕДШАЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ,
ПРИВЛЕКЛА ВНИМАНИЕ ШИРОКОГО КРУГА
ПРОФЕССИОНАЛОВ

Порядка 400 специалистов из 37 регионов России, а также других стран – Казахстана, Турции, Бельгии стали участниками прекрасно организованной и прошедшей буквально на одном дыхании конференции. Активный обмен опытом, знаниями, мнениями и предложениями, работа во взаимодействии специалистов, экспертов, ученых, представителей медицинских компаний – такой запомнилась конференция всем ее участникам. Одной из интересных форм

инновационной работы, которую удалось обсудить за круглым столом, стала информационная поддержка работы операционного блока. В этом журнале мы публикуем статью как раз по этой теме, автор которой – Михаил Абрамович Шифрин, руководитель Медико-математической лаборатории НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бур-



денко РАМН, и провел рабочее заседание по информатике. В следующем выпуске «Вестника» мы обязательно познакомим читателей с другими актуальными сообщениями делегатов конференции.

ГАРАНТИРУЙТЕ БЕЗОПАСНОСТЬ – ПУСТЬ ВАС ВИДЯТ И СЛЫШАТ



Под таким девизом 15 февраля 2014 года операционные сестры всех европейских стран отметят свой профессиональный праздник. Обращаясь к такой многочисленной аудитории специалистов, Кэролин Хиггинс, президент ЕОРНА, говорит о том, что в этот день стоит подумать о своей работе, профессии и той помощи, которую операционная сестра оказывает пациентам.

«Тема профессионального дня в 2014 году должна напомнить всем нам о том, что при любых обстоятельствах мы должны отстаивать то, что правильно для пациента, коллег и операционного дела. Гарантировать безопасность – значит обеспечивать ее во всех аспектах нашей работы, значит создавать и сохранять здоровую и безопасную рабочую среду. Стремиться к тому, чтобы нас видели и слышали – значит не упускать ни единой возможности с положительной стороны осветить профессию, рассказать людям за пределами специальности о сложности и многообразии профессии операционной медицинской сестры», говорится в послании Кэролин.

Пусть в канун 15 февраля во всех операционных отделениях пройдут праздничные мероприятия, пусть о мистической профессии операционной сестры узнает как можно больше людей. Мы работаем за закрытыми дверями оперблока, так пусть же в этот день эти двери будут «открыты» для всех.

Наша специальность основывается на оказании пациент-ориентированной помощи. Исключительно важно, что в каждом операционном отделении специалисты были ориентированы на оказание персонализированной помощи каждому пациенту в течение всего периоперативного пути. И, будучи истинными защитниками интересов пациента, мы должны делать все возможное, чтобы нас видели и к нам прислушались!

С уважением,
Кэролин Хиггинс
Президент ЕОРНА

**ЕВРОПЕЙСКИЙ ДЕНЬ
ОПЕРАЦИОННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**
15 ФЕВРАЛЯ 2014

**ОБЕСПЕЧЬТЕ БЕЗОПАСНОСТЬ –
ВАС ДОЛЖНЫ ВИДЕТЬ И СЛЫШАТЬ**

www.eorna.eu

BEELGIUM BELGIUM CROATIA CYPRUS CZECH REP. DENMARK ESTONIA FINLAND FRANCE GERMANY GREECE HUNGARY IRELAND ITALY ISRAEL ICELAND

afiso BELGIUM BELGIUM CROATIA CYPRUS CZECH REP. DENMARK

FAIFPP UNITED KINGDOM TURKEY THE NETHERLANDS SWITZERLAND SWEDEN SPAIN SLOVENIA SERBIA RUSSIA PORTUGAL NORWAY ITALY ISRAEL ICELAND

LYV THE NETHERLANDS SWITZERLAND SWEDEN SPAIN SLOVENIA SERBIA RUSSIA PORTUGAL NORWAY ITALY ISRAEL ICELAND

SIGOP SWITZERLAND SWEDEN SPAIN SLOVENIA SERBIA RUSSIA PORTUGAL NORWAY ITALY ISRAEL ICELAND

A.E.S.O.P. LOS ITALY ISRAEL ICELAND

ВЫПУСКНИКАМ – ВСЕГДА РАДЫ

ВОПРОСЫ АДАПТАЦИИ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В КОЛЛЕКТИВАХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОБСУДИЛИ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ



Козлова Ирина Валентиновна,
к. м. н., главный редактор краевого
медико-социального журнала
«Здоровье алтайской семьи»

Тема состоявшейся 8 октября конференции оказалась поистине актуальной – на приглашение профессиональной ассоциации средних медицинских работников откликнулись более 200 делегатов из учреждений здравоохранения Алтайского края. Мероприятие получило поддержку со стороны Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности и КГБОУ СПО «Барнаульский базовый медицинский колледж».

Значимость мероприятия подчеркнуло участие председателя Комитета по здравоохранению и науке АКЗС А.Ф. Лазарева, заместителя начальника Главного управления края по здравоохранению С.В. Насонова, начальника отдела по вопросам государственной службы и кадров Главного управления края по здравоохранению Т.М. Коростелевой, исполнительного секретаря Медицинской палаты Алтайского края, главного врача Краевого диагностического центра В.А. Лещенко.

Со стороны первых лиц краевого здравоохранения прозвучало немало теплых слов и благодарностей как в адрес медицинских сестер, так и в адрес профессиональной ассоциации; не единожды была подчеркнута первостепенная роль специалистов сестрин-

ского дела в модернизации здравоохранения края, в повышении качества и доступности медицинской помощи. Обсуждались задачи повышения престижа профессии, укрепления партнерства краевой медицинской палаты и профессиональной сестринской ассоциации края.

Принципиально важно то, что добрые слова и пожелания руководства были подкреплены соответствующими решениями. АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» на протяжении многих лет лоббировала вопрос о введении в Главном управлении штатной должности главного специалиста по управлению сестринским персоналом. И именно об этом долгожданном решении в своем заключительном слове объявил Сергей Викторович Насонов.

Неудивительно, что после таких приветствий дальнейший успех конференции был обеспечен!

Так, большой интерес вызвало выступление главного внештатного специалиста по СД медицинского отдела Рубцовской зоны, главной медицинской сестры городской больницы № 3



г. Рубцовска Т.В. Царевой. Говоря о роли организаторов сестринского дела в адаптации молодых специалистов в практическом здравоохранении, Татьяна Васильевна Царева обратила внимание на возрождение института наставничества и наиболее эффектив-

ное его использование с целью обучения молодых специалистов и для объединения новичков внутри устоявшегося коллектива профессионалов.

В Калманской ЦРБ, по сообщению главной медицинской сестры Светланы Сергеевны Касаткиной, в процессе адаптации молодежи ставка также делается на мудрых и опытных наставников. Более того, в стремлении усовершенствовать работу с молодыми специалистами



здесь было проведено своеобразное исследование – оценка потребности в наставнике глазами недавнего выпускника медколледжа. Не приводя всех полученных данных, отметим, что актуальность наставничества полностью подтвердилась. При достаточно высоком уровне оценки своих знаний – 85% молодых специалистов посчитали себя полностью подготовленными к работе, а также при высокой удовлетворенности выбранной специальностью со стороны 90% респондентов, лишь 57% опрошенных сказали, что работа соответствовала их ожиданиям. Иными словами, даже при хорошей подготовке, при высокой мотивации молодого специалиста к работе, вхождение в новую жизнь представляет собой сложную задачу, в решении которой без наставника не обойтись.

К организации этой конференции АРОО ПАСМР профессиональная ас-



Плигина Лариса Алексеевна, президент АРОО ПАСМР.

Участниками конференции принята содержательная резолюция, где говорится, что «улучшение материального положения, повышение социального статуса, улучшение условий труда специалистов сестринского дела составляет триаду ведущих факторов мотивации и закрепления кадров на рабочих местах. Чрезвычайной важности мерой является дальнейшее повышение заработной платы, ее начисление с учетом уровня полученного образования, профессиональных компетенций и результатов деятельности специалистов в соответствии с показателями качества оказываемой медицинской помощи. Участники конференции призывают обеспечить ЛПУ края специалистами со средним и высшим сестринским образованием в соответствии с реальной потребностью в организации трехуровневой системы медицинской помощи; внедрить систему социальной поддержки сестринского персонала, в частности, предусмотреть единовременные выплаты подъемных молодым специалистам...». Совершенно обоснованными также считаю требования специалистов в части внедрения дифференцированной оплаты труда, а также прозрачной системы поощрений, обеспечения сестринского персонала средствами защиты, а также решения элементарных бытовых вопросов в учреждениях здравоохранения.

ассоциация средних медицинских работников Алтайского края подошла со всей ответственностью – на сайте организации был проведен масштабный опрос молодых специалистов о комфорте, условиях труда, мотива-

ции. Комментируя итоги опроса, ведущий психолог Краевого диагностического центра Алефтина Андреевна Микушина отметила большой интерес к такой форме взаимодействия – на вопросы анкеты ответили 249 специалистов.

Состоялись в рамках конференции и секционные заседания по специализированным направлениям практики – управлению и организации, акушерству, педиатрии и неонатологии, лечебному делу. Участникам было доложено об итогах состоявшейся несколькими днями ранее в Волгограде Всероссийской конференции «Новые технологии в деятельности специалистов сестринского дела». Выступления на секциях отражали современные тенденции развития здравоохранения, в котором

Участники конференции приняли резолюцию, определяющую основные задачи по развитию сестринского дела в крае для повышения качества медицинской помощи, отразив в ней те меры, которые должны быть приняты на краевом уровне, в лечебно-профилактических и образовательных учреждениях края. Особое место в итоговом документе было уделено решению кадровых вопросов, работе с молодыми специалистами. Решение этих задач предстоит и самому сестринскому сообществу, руководителям сестринских коллективов. Активизировать работу по адаптации молодых специалистов через создание постоянно действующего института наставничества, работу «школ молодых специалистов», проводить конкурсы лучших специа-

На конференции были подведены итоги краевого профессионально-творческого конкурса «Лучший наставник 2013 года», организованного ПАСМР, состоялось награждение победителей и участников конкурса.



Боровских Наталья Станиславовна – ст. медицинская сестра КГБУЗ «Краевая клиническая больница», 3 место.

Баранова Елена Николаевна – ст. медицинская сестра КГБУЗ «Городская больница № 8, г. Барнаул», 1 место.

Коробкова Людмила Анатольевна – ст. медицинская сестра КГБУЗ «Краевая клиническая больница», 2 место.

медицинская сестра становится ключевым звеном в оказании медицинской помощи в стационаре и первичном секторе, ведущим специалистом для пациентов с хроническими заболеваниями, нуждающихся в уходе на дому, в паллиативной помощи, для тех, кто, имея определенные факторы риска, может избежать серьезных заболеваний и сохранить здоровье при поддержке квалифицированной сестринской помощи.

листов, перенимать традиции «Посвящения в профессию», одним словом, окружать молодых специалистов вниманием и заботой – все это в руках не просто руководителей, а лидеров сестринских коллективов. А методическую поддержку главным сестрам в решении этой стратегической задачи, безусловно, будет и далее оказывать профессиональная ассоциация средних медицинских работников Алтайского края.



ПОДДЕРЖИМ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В АМСТЕРДАМЕ СОСТОЯЛСЯ САММИТ ГРАНТОПОЛУЧАТЕЛЕЙ – УЧАСТНИКОВ ПРОГРАММЫ «BRIDGING CANCER CARE» БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ФОНДА «БРИСТОЛЬ-МАЙЕРС СКВИББ»

Онкологические заболевания – это вызов современному здравоохранению. Несмотря на развитие медицины, остановить их эпидемию пока не удастся. Напротив, статистика свидетельствует о неуклонном росте заболеваемости. В борьбе с онкологией задействованы крупнейшие научные институты, медицинские и фармацевтические компании, а на передовой, конечно же, врачи и медицинские сестры. И вот, благодаря программе «Bridging Cancer Care» у медицинских сестер появилась возможность поработать над совершенствованием сестринской помощи.

За два года грантовую поддержку Благотворительного фонда «Бристоль-Майерс Сквибб» получили 10 совместных проектов, реализуемых в странах Восточной Европы – Румынии, Чехии и России, включая проект Российской ассоциации медсестер.

Работая совместно с партнерами западноевропейских и американских организаций, медицинские сестры решают различные задачи. Например, один из румынских проектов направлен на повышение доступности обезболивания. До 2005 года по действовавшему тогда законодательству пациент мог рассчитывать не более чем на 4 ампулы морфина в

день. Эти ограничения были сняты законодательно, но на практике сохранились – медицинские работники предпочитают использовать анальгетики даже в тех ситуациях, когда их действия явно недостаточно. Поэтому в рамках проектной инициативы группа медицинских сестер взяла на контроль эту ситуацию, проводит встречи с медицинскими сестрами и врачами учреждений, убеждает в необходимости качественно-го обезболивания.

Сразу несколько проектов направлены в помощь цыганскому населению, проживающему на территории Румынии. Медицинская помощь для них часто недоступна, и не только по материальным причинам, но и в силу культурных особенностей, уровня образования. Медицинские сестры регулярно выезжают в цыганские поселения, общаются с женщинами, приглашают их на программы скрининга. Сложнее дела обстоят с мужчинами, для работы с ними привлекаются выходцы из на

«Из числа курируемых нами пациентов 10-летний мальчик был направлен в больницу для проведения операции. Через двое суток после операции мы его навестили и увидели ужасную картину. Ребенок лежал, согнувшись от боли, его лицо было распухшим от слез. На вопрос относительно обезболивания медицинская сестра ответила, что уже вводила ему анальгетики, что ему не так уж и больно, он просто капризный и плохо себя ведет. Мы объяснили медицинской сестре, что помимо слез, напряженной позы ребенка, о сильной боли свидетельствуют и показания приборов. Медсестра, казалось, согласилась-таки дать нормальное обезболивание, мы же отправились к другим курируемым пациентам. Представьте себе наши чувства, когда через два дня мы вернулись к прежней картине! У мальчика уже не было сил на слезы, он тихо стонал. Мы тут же обратились к руководителю клиники, решили этот вопрос однозначно и договорились о рабочей встрече с врачами и медицинскими сестрами учреждения. Мы уверены, что ни дети, ни взрослые не должны испытывать таких страданий при оказании им медицинской помощи».

Диана, медсестра из Румынии, координатор проекта.

рода, помогают донести мысль о необходимости следить за здоровьем, о том, что, выявив болезнь на ранней стадии, можно достичь исцеления.

Успешно продвигается и один из российских проектов – «Медицинские сестры и пациенты против рака». Организация «Триединство», действующая в Северодвинске, объединила специалистов и тех, кто прошел путь излечения, чтобы помочь сегодняшним больным. В городе был открыт телефон горячей линии, по которому в любой момент родственники или сами пациенты могут получить консультативную поддержку, сестры ведут семинары для пациентов, проводят информационные акции, публикуют материалы в местных СМИ.

В группе образовательных инициатив, которые проводятся и в Румынии, и в России, преследуется задача совершенствования сестринской практики через дополнительное обучение. В одних проектах ставится глобальная задача – меняются программы сестринского профессионального образования, вводятся дополнительные учебные модули, посвященные сестринской помощи при онкологических заболеваниях. Другие проекты сосредоточены на решении более узкоспециализированных задач. Например, профессором сестринского дела Университета Вашингтона Фрэн Льюис разработаны короткие учебные модули, призванные расширить роль сестринского персон-



Саммит грантополучателей состоялся 24 сентября, а уже 15 ноября в офис Ассоциации медицинских сестер России поступил на подписание Договор о финансовой поддержке нового проекта – совместного с д-ром Фрэн Льюис и Университетом Вашингтона. В течение этого периода времени нам удалось согласовать предстоящие задачи и заручиться столь необходимой поддержкой Благотворительного фонда «Бристоль-Майерс Сквибб».

Все это значит, что уже в следующем году, предположительно в октябре, Ассоциация встретит в Санкт-Петербурге самых активных медицинских сестер онкологической службы, отлично проявивших себя в практической реализации знаний о химиотерапии. За учеными партами они будут работать рука об руку с преподавателями медицинских колледжей своих регионов под руководством известных во всем мире преподавателей и ученых. Мы надеемся, что такой симбиоз науки, практики и образования принесет наилучшие плоды.

нала в преодолении побочных эффектов лечения. Модули включают и теоретические знания, и практические навыки, помогающие пациентам преодолеть стресс и по-настоящему проживать каждый день своей жизни, не отдаваясь одним только мыслям о своей болезни.

В 2013 году Фрэн Льюис провела обучающий семинар в Башкортостане в сотрудничестве с Башкирским медицинским университетом, а во время саммита обсудила возможность привлечения к этой учебе медицинских сестер из разных регионов России с президентом РАМС Валентиной Сар-

кисовой. Это предложение было не случайным. Проект Российской ассоциации медсестер признан одним из наиболее продуманных. Здесь совмещены сразу три важных компонента – обучение медсестер научно обоснованным принципам ухода, реализация каскадного метода (обучение участниками своих коллег на местах) и реализация проектов повышения качества помощи. Первая группа прошедших обучение уже активно работает над выполнением своих задач, а координаторами уже готовится второй семинар, который намечен на февраль 2014 года.



Вслед за окончанием саммита многие его участники впервые для себя стали делегатами 37-го Европейского конгресса по онкологии, прошедшего в одном из старейших выставочных комплексов мира – Амстердам-РАИ. Этот конгресс является самым крупным объединением онкологов в мире, опережая Американское общество клинических онкологов (ASCO), в котором состоит порядка 12 тысяч специалистов. Здесь было представлено 3306 тезисов, 44 сателлитных симпозиума, 1000 презентаций, 800 приглашенных экспертов мирового класса, 300 сессий в параллельных конференц-залах, 168 аудиопрезентаций, 2200 постеров. Внимание к мероприятию было колоссальным, подтверждением чему стало присутствие на церемонии открытия короля Нидерландов Виллема-Александра Клауса Георга Фердинанда.

Наше внимание было приковано к сессиям, посвященным сестринской помощи – раннему выявлению онкологических заболеваний, уходу при заболеваниях различных органов, управлению нежелательными симптомами и побочными эффектами лечения.

Неделя, проведенная в обществе коллег и единомышленников, несомненно, способствовала обмену накопленным опытом, совместным решениям некоторых непростых профессиональных вопросов, налаживанию необходимых контактов для дальнейшей совместной работы во благо пациента.

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА РАБОТЫ ОПЕРБЛОКА: ОПЫТ НИИ НЕЙРОХИРУРГИИ им. Н.Н. БУРДЕНКО



■ Шифрин М.А.,

руководитель Медико-математической лаборатории НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН

Введение

В НИИ нейрохирургии с 2000 года функционирует электронная медицинская карта (ЭМК) e-Med, разработанная в медико-математической лаборатории этого института (см. [1, 2, 3]). ЭМК осуществляет всестороннюю информационную поддержку лечебно-диагностического процесса, начиная с подготовительных этапов (очные и заочные консультации пациентов) и заканчивая реабилитацией и катмнестическим наблюдением. При разработке и развитии ЭМК значительное внимание было уделено информационной поддержке работы среднего медицинского персонала, операционных сестер в частности.

В сообщении будет рассказано об организации информационной поддержки работы операционных и анестезиологических сестер и путях развития этих компонент ЭМК.

Информационная поддержка работы оперблока

Информационная поддержка работы операционного блока является одной из самых сложных составных частей ЭМК. Данные об операции и работе персонала оперблока собираются из многих разных источников и в разное время: это заявки клинических отделений, решения руководства оперблока о месте и времени проведения

операций, записи операционных и анестезиологических сестер о режиме их работы, записи персонала, обслуживающего оборудование в рентгеновских операционных, описание операции, записи об анестезиологическом пособии, о трансфузиях и т. п.

В соответствии с общим подходом, примененном при разработке e-Med, информационная поддержка следует реальному процессу оперативного вмешательства. На рис. 1 схематически представлены основные этапы этого процесса¹. Даже на этой упрощенной схеме видно, как много подразделений медицинского учреждения и какое большое число сотрудников задействованы в этом процессе. Соответственно, в процесс документирования оперативного лечения включено множество сотрудников, играющих в нем разные роли. На рис. 2 представлена схема процесса документирования оперативного лечения. Основной документ – это операционный журнал, который как в традиционном бумажном формате, так и в электронном, аккумулирует многие другие документы.

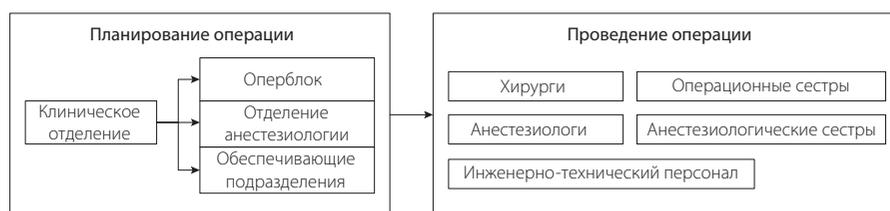


Рис. 1. Этапы оперативного лечения



Рис. 2. Документирование процесса оперативного лечения

Суть информационной поддержки любого рабочего процесса в медицинском учреждении состоит в организации ввода данных в ЭМК таким образом, чтобы по окончании документирования процесса в базе данных ЭМК были сохранены все сведения, необходимые для дальнейшего осуществления лечебно-диагностического процесса и создания всех необходимых документов. Фундаментальное требование к информационной поддержке состоит в том, что использование электронных средств не должно осложнять работу персонала. В частности, недопустима ситуация двойного ввода, когда одни и те же данные вносятся в элек-

¹ Мы не рассматриваем этапы, следующие за собственно оперативным вмешательством, так как в них не задействованы сотрудники оперблока.

тронные и рукописные документы – кроме отдельных случаев, определяемых нормативными актами.

Организация информационной поддержки работы оперблока в НИИ нейрохирургии

Один из общих принципов построения ЭМК e-Med состоит в том, что каждый пользователь имеет доступ только к тем данным о пациентах, которые необходимы для выполнения его служебных обязанностей, и вводит в ЭМК только те данные, которые порождаются на его рабочем месте. Интерфейсно это выражается в том,

что пользователь имеет доступ к определенному набору функций ЭМК, а каждая функция – это набор экранных форм, которые позволяют просматривать нужные данные и вводить новые. При необходимости могут распечатываться документы для подшивки в бумажную историю болезни или других целей. Ниже перечислены те функции ЭМК e-Med, которые имеют отношение к документированию процесса оперативного лечения, их содержание и группы пользователей, имеющих к ним доступ. Эти функции соответствуют этапам процесса оперативного лечения, указанным на рис. 2.

Функция	Содержание	Пользователи
План операций отделения	Содержит список планируемых операций и дает возможность ввести данные, необходимые для планирования работы оперблока (номер операционной, очередь, примерная длительность операции, дополнительное оборудование, предполагаемая потребность в компонентах крови и т. п.)	Врачи отделений
Заведующий оперблоком	Планирование работы оперблока на основании поданных отделениями заявок	Заведующий оперблоком или замещающий его сотрудник
Назначение анестезиологов	Просмотр плана операций на текущий и предстоящие дни и назначение анестезиологов на конкретные операции	Руководитель отделения анестезиологии или другое ответственное лицо
Заполнение операционного журнала	Ввод данных о сестринских бригадах и режиме их работы, об анестезиологическом пособии и трансфузиях и других данных об операции	Операционные и анестезиологические сестры, инженерно-технический персонал
Заполнение протокола операции	Ввод описания операции, интраоперационных осложнений и специальных данных для некоторых видов операций.	Нейрохирурги
Просмотр плана операций в оперблоке	Просмотр плана операций на текущий день и данных о выполнении операций	Все входящие в оперблок: данные выводятся на большую видеопанель, висящую при входе в оперблок. Данные постоянно обновляются
Просмотр плана операций в ОГК	Просмотр в отделении переливания крови плана операций для подготовки необходимых компонент крови	Сотрудники отделения переливания крови

Остановимся более подробно на тех функциях, основными пользователями которых являются медицинские сестры, работающие в оперблоке. На рисунках будут приведены снимки реальных экранов ЭМК.

Заполнение операционного журнала

Операционные и анестезиологические сестры используют функцию e-Med «Заполнение операционного журнала». Первый экран этой функции – список пациентов, которым на текущий день назначена операция, и список пациентов, у которых операция была спланирована

на предыдущие дни, но записи в операционном журнале не завершены.

Следующая форма предназначена для ввода основных данных об операции, которая вызывается щелчком мышки по фамилии пациента в списке. Часть данных, которые видны на этой форме, переносятся из других разделов ЭМК (Ф.И.О. пациента, номер истории болезни и др.) и не может быть изменена. Другие данные (такие, как номер операционной) задаются в других функциях (например, номер операционной обычно задается руководителем оперблока при планировании операций), но при необходимости могут быть изменены. Данные о времени начала и окончания операции могут вво-

дятся как операционными, так и анестезиологическими сестрами, данные аутоотрансфузии вводятся анестезиологическими сестрами. Длительность операции вычисляется автоматически после ввода времени окончания операции.

Имеется также форма для ввода сведений о работе бригады операционных сестер. Так как при длительных операциях бригады могут меняться, записи в таблицу можно добавлять с указанием времени работы любого члена бригады. На форме имеются флаги «Санитарка» и «Переработка», и они позволяют указать периоды времени, когда медсестра выполняла обязанности санитарки или когда происходил выход за границы стандартных рабочих часов. Эта сведения позволяют точно учитывать отработанное персоналом время и используются при определении размеров премий и других выплат. Аналогичные сведения вводятся для анестезиологических сестер на специальной вкладке.

На специальной форме вводятся данные об использованных в ходе анестезии лекарственных препаратах и компонентах крови. Эта форма заполняется анестезиологическими сестрами в конце операции. Данные, введенные в эту форму, используются для сбора различной статистики, планируется их использование для персонального учета расходов на лечение.

Обсуждение

Описанные функции и формы во многом отражают специфику организации процесса оперативного лечения в НИИ нейрохирургии. При этом можно сказать, что если общая схема процесса (заявка на операцию, планирование работы оперблока и т. д.) вряд ли будет сильно различаться для разных клиник, в которых оперативное лечение имеет плановый характер², то организация работы персонала и документирование лечебного процесса могут быть организованы по-разному. Поэтому конкретное содержание экранных форм и порядок их исполь-

² В НИИ нейрохирургии подавляющее большинство хирургических вмешательств осуществляется в плановом порядке, прием пациентов по скорой помощи не предусмотрен и осуществляется крайне редко.

зования следует рассматривать только как пример. Однако, на этом примере можно продемонстрировать и некоторые общие положения, которые будут иметь смысл для многих медицинских учреждений. В значительной мере приводимые дальше общие соображения связаны с теми уроками, которые были получены в ходе проектирования и эксплуатации ЭМК e-Med.

Реальная сложность рабочих процессов в медицинском учреждении, вовлеченность большого числа сотрудников в их осуществление и документирование приводят к тому, что многие тонкости проявляются только в процессе эксплуатации ЭМК. Поэтому внедрение ЭМК должно быть организовано таким образом, чтобы разработчики могли быстро реагировать на запросы и предложения пользователей и вносить соответствующие изменения в настройки системы или ее программный код.

Внедрение ЭМК приводит не только к тому, что сотрудники медицинского учреждения начинают заполнять большую часть документов с помощью компьютеров. Внедрение ЭМК может приводить и к изменению некоторых сторон лечебно-диагностического процесса и, что происходит особенно часто, меняет подход к его анализу. Разработчики должны быть готовы к внесению в свои программы довольно серьезных изменений и дополнений, отражающие новые черты рабочих процессов.

Весьма важным моментом является поиск стимулов к использованию ЭМК в повседневной деятельности персонала. Первое облегчение, которое ЭМК может внести в жизнь операционных и анестезиологических сестер, – это автоматическое создание различных журналов, которые иначе приходится заполнять вручную, иногда даже дублируя данные³. Действенным стимулом к аккуратному ведению записей в ЭМК может стать автоматизация учета рабочего времени, о которой было упомянуто выше. Есть и другие аспекты ра-

боты оперблока, которые могут быть поддержаны и облегчены ЭМК – например, учет дорогостоящих расходных материалов.

Важными для успешного внедрения ЭМК являются средства контроля полноты ввода данных. В e-Med они используются на разных уровнях. Так, при неполном вводе данных в ту часть операционного журнала, заполнение которой является обязанностью врача, он не может завершить оформление истории болезни при выписке пациента: пациент получит все необходимые документы, но врач не сможет сдать историю для статистической обработки. При завершении ввода данных сестрами должен быть поставлен соответствующий флаг, после чего запись об операции перестает выводиться в общий список функции «Заполнение операционного журнала».

Наконец, отметим, что для успешного использования любых новых информационных технологий важна заинтересованность в этом руководства всех подразделений, использующих эти технологии. В процессе внедрения нового иногда бывает необходимо использовать административные меры, особенно на ранних этапах внедрения, когда приносимая ими польза не столь очевидна.

Заключительные замечания

Как видно даже из короткого описания тех компонент ЭМК e-Med, которые обеспечивают информационную поддержку работы оперблока, процесс разработки или адаптации существующей системы и ее внедрения сложен и требует участия многих сотрудников медицинского учреждения. В этом процессе чрезвычайно важна активность медицинского учреждения. Разработчики информационных систем будут, в силу объективных причин, предлагать максимально стандартные решения и стараться минимизировать особые черты системы, присущие только данному медицинскому учреждению. В противовес этому медицинское учреждение должно отстаивать свои позиции и требовать максимального учета особенностей организации своих рабочих процессов. Поиск разумного компромисса требует серьезной совместной работы разработчи-

ков ЭМК и персонала медицинского учреждения, каждая сторона должна быть готова пойти на какие-то уступки. Разработчики должны осознавать, что их система хороша ровно настолько, насколько она позволяет облегчить работу медицинского персонала, и что для достижения целей конкретного учреждения иногда придется вносить достаточно серьезные изменения в готовый продукт. С другой стороны, сотрудники медицинского учреждения должны быть готовы к внесению изменений в свои процессы и восприятию опыта разработчиков, накопленного в результате работы со многими медицинскими учреждениями⁴.

Было бы целесообразным, если бы Российская ассоциация медицинских сестер занялась разработкой общих требований к сестринским компонентам ЭМК. При наличии базовых требований каждое медицинское учреждение могло бы дополнить их своими специфическими деталями уже на ранних этапах проекта по выбору и внедрению ЭМК, избежать многих ошибок, рационально использовать выделенные на информатизацию средства и получить в результате удобную и полезную ЭМК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шифрин М.А., Калинина Е.Е., Калинин Е.Д., MEDSET – единая технология проектирования, разработки и внедрения информационных систем // Проблемы разработки и внедрения информационных систем в здравоохранении и ОМС / Труды межрегиональной конференции. Красноярск, 2000.
2. Шифрин М.А., Калинина Е.Е., Калинин Е.Д., От электронной истории болезни к единой системе документирования лечебного процесса Информационно-аналитические системы и технологии в здравоохранении и ОМС / Труды всероссийской конференции. Красноярск, 2002.
3. Shifrin M., Kalinina E., Kalinin E. EPR project for the NN Burdenko Neurosurgical Institute: goals, technology, results, future trends. The British Journal of Healthcare Computing & Information Management Sept. 2003, V.20, N. 7.

³ Например, возможность ведения журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств в электронном виде, предусмотрена в недавнем приказе Минздрава от 17.06.2013 № 378н. К сожалению, проработка этого вопроса в приказе совершенно недостаточна.

⁴ Вопрос выбора разработчика ЭМК сложен и требует отдельного рассмотрения, но одним из главных критериев является опыт разработчика по внедрению своей ЭМК в различных медицинских учреждениях, умение аккумулировать этот опыт и использовать его.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СЕСТРИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ЧТО ИЗУЧАЮТ МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ?



■ Мария Драйвер



■ Барбара Мандлеко



■ Джанет Ларсон

Введение

Сестринские исследования формируют базу научных данных, необходимых для повышения качества сестринской практики. Тематика научных исследований в сестринском деле весьма широка, исследования проводятся как прикладные, так и фундаментальные. При проведении фундаментальных исследований изучаются механизмы, лежащие в основе биологии организма человека, в основе его поведения, например, рассматриваются биологические основы боли или неврологические процессы памяти. Однако наиболее объемную сферу сестринских исследований составляют исследования прикладные, направленные на решение конкретных проблем здоровья. Прикладные исследования позволяют изучать клинически значимые вопросы, например, факторы, оказывающие влияние на реакцию человека на заболевание, биологические и поведенческие реакции на определенные сестринские вмешательства, а также результаты и эффективность широкого применения научно обоснованных сестринских вмешательств. В этой статье мы попытаемся обобщить три основные сферы прикладных сестринских исследований (см. рис. 1):

- управление симптомами острых и хронических заболеваний;
- охрана здоровья и профилактика заболеваний;

- процесс оказания медицинской помощи.

Мы также рассмотрим, как методы исследований используются медицинскими сестрами для повышения качества сестринской помощи.

Управление симптомами

Большая группа сестринских исследований направлена на изучение симптомов острых заболеваний, хронических состояний и проблем пациентов в конце жизни. В таких исследованиях идет поиск ответа на вопросы о том, как оценить симптомы, какое влияние оказывают симптомы на функциональные возможности человека и качество его жизни, как проводить симптоматическое лечение и сводить к минимуму негативное воздействие симптомов на качество жизни. К числу наиболее распространенных симптомов, изучаемых медицинскими сестрами, можно отнести боль, одышку, усталость, нарушения сна.

Например, Эллен Смит, медицинская сестра-исследователь, доктор философии, изучает невропатическую боль у пациентов с онкологическими заболеваниями, а именно, индуцированную химиотерапией болезненную периферическую невропатию. Исследования д-ра Смит помогли усовершенствовать способы оценки невропатической боли; ей первой удалось открыть эффективное фармакологиче-

ское лечение для снижения уровня боли, улучшения функциональных возможностей и качества жизни пациентов, страдающих от периферической невропатии вследствие химиотерапевтического лечения рака.

Другой исследователь, Лео Салиган, д-р философии, занимался изучением катастрофической усталости. Термин «катастрофическая усталость» применим к тем пациентам, которые склонны обращать преувеличенное внимание на определенный симптом, только усиливая его воздействие беспокойством, что потом станет еще хуже, считая, что этот симптом изнурителен и невыносим. Это явление встречается у пациентов, испытывающих боль, и д-ру Салигану удалось установить, что оно имеет место и у пациентов, испытывающих усталость. Если пациенты преувеличивают значение усталости, то тем самым повышают ее тяжесть, что ведет к негативным последствиям для качества их жизни. Поскольку исследователь определил преувеличение симптоматики в качестве фактора, усугубляющего этот симптом, следующим шагом стала разработка сестринского вмешательства, направленного на снижение симптома за счет воздействия на склонность к его преувеличению.

Есть сестры-исследователи, изучающие проблемы нарушения сна у па-



Рис. 1. Области научных исследований в сестринском деле

циентов с хроническими заболеваниями; здесь, например, изучаются возможности гигиены сна, когнитивной поведенческой терапии в снижении таких нарушений. Медицинскими сестрами ведется научный поиск нелекарственных методов лечения одышки, например, тренировка мышц, работающих на вдохе, для их укрепления, обучение пациентов управлению симптомом одышки.

Уже более 25 лет повышение качества жизни через управление нежелательными симптомами заболеваний составляет приоритетное направление сестринских исследований, однако сделать в этой области предстоит еще очень многое, поэтому научные работы в этом направлении будут и далее оставаться чрезвычайно актуальными.

Охрана здоровья и профилактика заболеваний

Сохранение здоровья и профилактика также составляют область научного интереса со стороны медицинских сестер. Исследования в данной области охватывают значительное число вопросов здравоохранения, начиная от ухода за новорожденными, профилактики рискованного для здоровья поведения среди подростков, скрининга и раннего выявления рака, обучения взрослых здоровому образу жизни и правильному питанию, до упражнений и снижения стресса, а также уходу за пожилыми людьми с хроническими заболеваниями и/или слабоумием.

Вопросы охраны здоровья, изучаемые медицинскими сестрами, касаются пациентов всех возрастных групп – от самых маленьких, до самых пожилых; направлены на людей с разным социально-экономическим статусом – от самых бедных, до наиболее обеспеченных; обращают внимание на людей из разных культур.

Одним из показательных примеров здесь являются исследования д-ра философии, медицинской сестры Розмари Уайт-Траут, изучающей снижение уровня стресса для новорожденных детей в отделениях интенсивной терапии за счет привлечения внимания, тактильных ощущений, визуальных образов и вестибулярных вмешательств. Здесь, в частности, применяются звуковые стимулы – женский голос, тактиль-

ные стимулы – легкие прикосновения и поглаживания, визуальные стимулы – в форме контакта глаза в глаза, и вестибулярные стимулы – укачивание. С целью сокращения стресса у взрослых пациентов ОРИТ изучаются вопросы контроля уровня шума, уровня освещенности.

Отдельные исследования проводятся в работе с различными группами населения. Примером такой научной работы является разработка и тестирование вмешательств для снижения сексуальных рисков передачи ВИЧ среди мексиканской и латиноамериканской молодежи. Такими исследованиями, в частности, занимается медицинская сестра, д-р философии Антония Вилларуель.

Медицинские сестры изучают вопросы скрининга онкологии, например, ведутся исследования вмешательств, направленных на семьи, в которых есть случаи РМЖ, связанные с информированием о генетическом скрининге для определения носительства гена, а следовательно, и риска РМЖ. Раннее обнаружение женщин с этой генной мутацией позволит более эффективно оказывать им помощь.

Медицинская сестра-исследователь, д-р философии Кейт Лориг изучает вопросы внедрения программ управления пациентами хроническими заболеваниями, например, артритом, заболеванием сердца или диабетом. Кроме того, в стремлении улучшить состояние пациентов, исследователи изучают эффективность физических упражнений у людей с хроническими заболеваниями. Некоторые исследователи занимаются изучением последствий заболевания для членов семьи; в частности, Лаурель Нортхаус, медсестра, д-р философии, разработала вмешательство для укрепления здоровья членов семьи пациента с раком простаты. Другие исследователи изучают бремя стресса семьи больного человека, чтобы определить наилучшие способы поддержки таких семей и сведения к минимуму рисков для их здоровья.

Таким образом, вопросы охраны здоровья и профилактики заболеваний сохраняют прочные позиции среди наиболее актуальных исследовательских направлений, а те немногие исследования, которые нам удалось упо-

мянуть здесь, являются лишь верхушкой айсберга.

Систематические исследования различных аспектов управления симптомами, охраны здоровья и профилактики заболеваний уже привели к определению научно обоснованных вмешательств, применение которых медицинскими сестрами способно оказать существенную помощь пациентам, достичь определенных результатов лечения. Среди таких результатов лечения улучшение функционального статуса, возможность самоухода, качество жизни. Среди вмешательств, имеющих высокую ценность, можно привести такие как:

- мониторинг физического состояния;
- обучение пациента;
- оказание психосоциальной поддержки пациенту и его семье;
- координация процесса оказания помощи в цепочке стационар–поликлиника–уход на дому.

Более детальное обсуждение этих вмешательств станет темой одной из последующих статей в этой рубрике «Вестника».

Исследования на системном уровне

Медицинские сестры изучают процесс оказания медицинской помощи для совершенствования систем здравоохранения. Например, существует раздел исследований, направленных на повышение безопасности пациента в период лечения в ЛПУ – снижение медицинских ошибок, сокращение ВБИ, профилактику падений. В рамках системных исследований также изучаются вопросы кадрового обеспечения, ведется поиск наиболее оптимального кадрового состава и сестринских специализаций в определенных отделениях, например, ОРИТ, или в неонатальном отделении. Также ведутся исследования по оценке внедрения научно обоснованных практических руководств в клинических отделениях, чтобы оценить результаты их внедрения. Например, медсестра-исследователь может внедрить в практику клинических отделений научно обоснованное руководство по профилактике падений пациентов, а затем измерить, насколько эффектив-

ным оказался документ в действии, снизилась ли частота и тяжесть травм в результате падений. Системные исследования проводятся сразу в нескольких лечебных учреждениях, чтобы их выводы могли иметь широкое применение в сестринском деле. Число таких исследований становится все больше, тем не менее, значительная работа все еще ждет исследователей впереди, и все это во имя достижения максимально совершенной сестринской помощи, как в стационаре, так и в первичном секторе здравоохранения.

Заключение

Проведение научно значимого сестринского исследования требует специальной подготовки и опыта в изучаемой области, знания научных методов и методов статистического анализа. Примеры исследований, приведенных в этой статье, проводились медицинскими сестрами, имеющими ученую степень кандидата наук. Со временем наука становится сложнее, усложняются и сестринские исследования. Сегодня сестринские исследования все в большей мере становятся мультидисциплинарными, требуя вклада от экспертов в различных областях. Медицинские сестры взаимодействуют с учеными из других научных областей,

зачастую возглавляя исследовательские команды либо являясь их членами. Рассмотренные нами примеры исследований являются примерами научного поиска под руководством медицинских сестер, проводимых с целью совершенствования сестринской практики.

Практикующие медицинские сестры также занимаются исследовательской работой. При этом они объединяются в команды, изучают реакцию пациентов на те или иные вмешательства. Примером такой работы служат исследования по профилактике возникновения пролежней. Теория утверждает, что поддержание кожи сухой, частые смены положения тела и подъем изголовья кровати не более чем на 30 градусов – важные стратегии для профилактики пролежней. Эти знания стали результатом крупных научных исследований. Тем не менее медицинские сестры ЛПУ также могут внести свой вклад в решение этой проблемы – протестировать указанные рекомендации в своем учреждении, чтобы увидеть, насколько они действенны для тех категорий пациентов, которые проходят здесь лечение или тех ресурсов, которые имеются у данной клиники.

Другим примером исследований практикующих медсестер является поиск оптимальных способов обучения

пациентов, подбор максимально эффективного формата учебных материалов и занятий. В своих исследованиях практикующие специалисты часто задаются конкретным клиническим вопросом. При проведении таких исследований на практике очень важно, чтобы в команде был специалист, разбирающийся в вопросах научных исследований, знающий, как применить научную методологию.

Прикладные сестринские исследования создают научную основу для клинической практики, развития сестринского дела через развитие знаний, их оценку для различных категорий пациентов. Практикующие сестры применяют результаты этих исследований в форме внедрения научно обоснованных руководств. Они используют методы исследований для проведения исследований и реализации проектов повышения качества помощи, а также для тестирования научных данных и вмешательств с целью улучшения помощи конкретным группам пациентов.

Совершенствование медицинской помощи – это всеобщее ожидание в адрес всех медицинских работников, и медицинские сестры вносят свой вклад в оправдание этих ожиданий посредством исследований и научного поиска наилучших стратегий сестринской помощи.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ ЧЕЛОВЕКА С СИНДРОМОМ ДАУНА

Дата 21 марта – это символическое обозначение самого синдрома Дауна. Эта дата вошла в календарь в 2006 году. Инициатива принадлежала участникам VI симпозиума, посвященного этой теме. В России День человека с синдромом Дауна впервые отметили в 2011 году. Дата 21 марта была выбрана не случайно – это символическое обозначение самого синдрома Дауна, причиной которого является трисомия одной из хромосом: у человека, страдающего этим заболеванием, 21-я хромосома наличествует

в трех копиях. В переводе на «язык календаря» получилось 21-е число третьего месяца. Английский врач Джон Лэнгдон Даун (John Langdon Down, 18 ноября 1828 – 7 октября 1896) в 1862 году первым описал синдром, получивший впоследствии его имя, как форму психического заболевания. Связь между происхождением врожденного синдрома и количеством хромосом выявил в 1959 году французский генетик Жером Лежен (Jérôme Lejeune, 13 июня 1926 – 3 апреля 1994). Интересно, что первооткрыватель синдрома на-



зывал его «монголизмом». Этот термин возник вследствие того, что лицо человека, страдающего синдромом Дауна, напоминает лицо представителя монголоидной расы.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ДОЛГ ИСПОЛНИМ С ДОСТОИНСТВОМ

СЕМИНАР МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР-АНЕСТЕЗИСТОВ СОСТОЯЛСЯ В ВОЛОГДЕ
В КАНУН ДНЯ АНЕСТЕЗИОЛОГА

■ **Елена Храброва,**
корреспондент

Областной семинар на тему «Анестезиология и реаниматология. Роль медицинской сестры-анестезиста в современных условиях здравоохранения» состоялся при участии более 100 специалистов 15 октября в Вологде.

Семинар был приурочен к празднованию Дня анестезиолога, отмечаемого во всем мире 16 октября, – считается, что именно в этот день 160 лет назад впервые состоялась хирургическая операция под эфирным наркозом.

Организатором мероприятия выступила Вологодская региональная общественная организация «Ассоциация специалистов сестринского дела» при поддержке областного департамента здравоохранения. Отметим, подобные семинары проходят ежегодно с целью обсуждения наиболее острых проблем в здравоохранении, постоянного повышения уровня профессиональных знаний медицинских сестер и качества обслуживания пациентов. Однако нынешний семинар в таком формате состоялся впервые.

Ассоциация специалистов сестринского дела Вологодской области создана решением областной конференции лидеров сестринского дела в декабре 1995 года, официально зарегистрирована 7 апреля 1996 года. В настоящее время ведет активную работу, направленную на консолидацию медицинского сообщества, повышение профессионализма сестринского персонала, защиту профессиональных прав медицинских сестер, фельдшеров, акушерок, отстаивание интересов развития сестринской профессии. Возглавляет организацию очень энергичная и обаятельная женщина Нина Ва-



лентиновна Никитина – сама по профессии медицинская сестра, на протяжении многих лет – старшая медсестра терапевтического отделения № 4 Вологодской городской поликлиники № 1.

Впервые мероприятие проходило в актовом зале Вологодской областной детской больницы. Без преувеличения можно сказать, что это лечебное учреждение – гордость Вологодчины. Только в конце прошлого года оно переехало в новый комплекс, построенный с применением самых современных строительных технологий, оснащенный самым передовым медицинским оборудованием.

Ни для кого не секрет, что медицинская сестра – это женская профессия. Конечно, бывают исключения – иногда в составе среднего медицинского персонала можно встретить медбратьев. Однако среди участников нашего семинара оказались только представительницы слабого пола, несмотря на такое мужское название специализации – анестезист. К 10 часам утра зал наполнился прекрасными женскими лицами разных возрастов. Но в их выражении было что-то общее, чувствовалась ответственность и скромность, внимательность и отзывчивость, вну-

треннее достоинство – профессия медицинской сестры накладывает свой положительный отпечаток.

Открыла семинар Е.В. Таушева, начальник отдела развития кадровых ресурсов департамента здравоохранения Вологодской области. В своем выступлении Елена Владимировна отметила, что анестезист – одна из самых ответственных специальностей медицинских сестер, поздравила присутствующих с профессиональным праздником и сообщила, что в следующем году среди медицинских сестер-анестезистов будет проведен конкурс профессионального мастерства.

Зал буквально взорвался аплодисментами, когда с приветственными словами к участникам семинара обратился заместитель главного врача областной детской больницы Г.В. Пантюхов. Он поздравил присутствующих с праздником и очень высоко отозвался о роли медицинской сестры-анестезиста. *«Ваша профессия помогает в проведении разного рода обследований, манипуляций, хирургических вмешательств. Именно от вашего мастерства, знаний и навыков зависит то, насколько успешно и плодотворно пройдет и обследо-*



ние, и лечение, насколько системы жизнедеятельности человеческого организма будут восстановлены. Вы обеспечиваете благополучный исход многих лечебных и диагностических манипуляций и операций. Поздравляем вас с профессиональным праздником, желаем здоровья, настроения, плодотворного труда и всех благ», – сказал Геннадий Васильевич.

О перспективах развития вологодской ассоциации специалистов сестринского дела рассказала Н.В. Никитина, ее президент. Обратившись к своим коллегам, она тепло поздравила с Днем анестезиста, отметила, что профессия медицинской сестры – одна из самых гуманных. Она ассоциируется с отзывчивостью, состраданием, чуткостью, вниманием, сердечностью, милосердием, заботой, добротой. Эти качества обязательно должны быть подкреплены образованием и высоким профессионализмом. От качества работы медсестры-анестезиста зависит не только здоровье, но и жизнь пациента. Работа медицинской сестры-анестезиста в нашей стране – это тяжелый физический и эмоциональный труд, часто сопровождающийся дистрессом и профессиональным перенапряжением.

«В концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года отмечается снижение обеспеченности здравоохранения медицинским персоналом. Нехватка ощущается практически во всех отделениях, но особенно в хирургических, в том числе и в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Из-за большой нагрузки медицинские сестры все реже идут в эту специальность. Из-за новой системы оплаты труда, приравнявшей медицинских сестер реанимации и анестезиологии к обычным палатным медсестрам, произошел отток высококвалифицированных кадров. В профессии остались только самые преданные. На самом деле ни в коем случае нельзя приравнивать одну категорию медицинских сестер к другой. Уровень знаний и навыков у медсестры реанимации гораздо выше, чем у палатной медсестры, в силу того, что ей приходится ухаживать за крайне тяжелыми пациентами, следить за витальными функциями, наблюдать за показаниями мониторов и приборов, оборудованных в реанимационных отделениях. Всегда эти отделения считались элитными, кадров хватало, а сегодня крайне остро ощущается их дефицит», – вот так, предельно четко и кратко Н.В. Никитина обозначила наиболее острые проблемы.

На их решение направлена деятельность профессиональной ассоциации, девиз которой – **«Будущее профессии – создадим вместе: открытость, доступность, информирован-**

Нам удалось побеседовать с некоторыми участниками семинара еще до его открытия. Мои собеседницы – медицинские сестры медсанчасти «Северсталь» пожелали не называть своего имени, но очень точно обозначили те проблемы, которые в последующем и обсуждались на семинаре. Это острый недостаток кадров, падение престижа профессии медицинской сестры. Главной причиной считают низкую заработную плату, работа тяжелая и физически, и морально. Череповецкое медучилище даже не набирает необходимое количество учащихся, а те, кто его заканчивает, в основном уходят из медицины, в профессии остаются единицы. «Но мы надеемся на лучшее. На мероприятие такого уровня приехали впервые, хотим поделиться своим опытом, что-то перенять у своих коллег», – резюмировали гости из Череповца.

Медицинская сестра Никольской ЦРБ рассказала, что она недавно работает в профессии, работа очень нравится: «Во-первых, потому что помогаю людям, во-вторых, я нужна. Люди благодарят – приятно быть полезной! На семинар приехала узнать для себя что-то новое, чтобы саморазвиваться и утвердиться».

Л.И. Маслова, старшая медицинская сестра АРО № 2 Вологодской горбольницы № 1, работает здесь с 1976 года – «гуру» вологодского здравоохранения начала беседу с фразы: «Хорошо, что есть Ассоциация медицинских сестер, и то, что в ней есть секция анестезиологии и реаниматологии».



По мнению Людмилы Ивановны, эта организация действительно стала профессиональной площадкой, которая дает возможность как для открытого обсуждения проблем и путей их решения, так и для постоянного обучения, обмена опытом, повышения квалификации и личностного развития. Главной проблемой, как и ее коллеги из Череповца, считает дефицит профессиональных кадров. Переработка огромная, пациенты тяжелые, намного тяжелее, чем в прошлые годы, кадров не хватает! Штат медицинских сестер укомплектован всего на 53 процента! Раньше в нашу профессию шли лучшие, на работу в реанимационное отделение было очень сложно попасть – надо было выдержать конкурс десять человек на место. Зарплата в советские времена была выше на десять рублей по сравнению с другими специальностями, отпуск дольше на неделю, за тяжелые условия труда выдавалось молоко. Теперь же сохранился только отпуск, а пресловутый приказ, утвердивший новую систему оплаты труда, уравнил всех и привел к оттоку высококвалифицированных кадров. Агитация должна изначально идти с медучилищ, которые готовили бы для отделений ИТИР высококлассных специалистов. Опыт такой есть – в 1986 году была выпущена специальная группа. К сожалению, сейчас такого нет. Конечно, необходимо на официальном уровне урегулировать вопросы по заработной плате. Это позволит улучшить нашу работу.

ность». Именно с этим девизом мы будем действовать каждый день во благо самой гуманной и нужной профессии – медицинской сестры, – заключила Нина Валентиновна.

Слова приветствия в адрес участников семинара прозвучали от Т. П. Быковой, председателя Вологодского областного профсоюза работников здравоохранения. Татьяна Павловна отметила важность и значимость профессии: *«Медсестра-анестезист – это настолько серьезно! Вы действительно находитесь на переднем крае, и вы как никто другой достойны всемирного признания, как поется в гимне»*. А в заключение подчеркнула, что для профсоюза чрезвычайно важно добиться для медицинских сестер-анестезистов достойной оплаты труда и безопасных условий.

В соответствии с программой семинара доклад о развитии сестринского дела Вологодской области представила Е.В. Таушева. Сегодня в Вологодской области трудится более 12 тысяч специалистов со средним медицинским профессиональным образованием. Вместе с тем, наблюдается отрицательная динамика по количественному показателю вследствие оттока кадров. Главными причинами являются низкая заработная плата, отсутствие социальных льгот и гарантий; отсутствие государственного распределения в медицинских учебных заведениях; отсутствие инфраструктуры в сельских районах. Много специалистов предпенсионного и пенсионного возраста, однако, возрастная категория от 31 до 50 лет составляет 61 процент, что позволяет надеяться на сохранение кадровой стабильности.

О перспективах развития анестезиолого-реанимационной службы Вологодской области рассказал М.Д. Карачевцев, главный внештатный специалист по анестезиологии и реаниматологии областного департамента здравоохранения. Михаил Дмитриевич охарактеризовал текущие итоги модернизации, отметив, что *«сегодня приятно зайти во многие районные больницы, где пациентам оказываются высокотехнологичная медицинская помощь, проводятся сложные исследования на самом современном оборудовании. Но хотелось бы, чтобы было еще лучше. Нам необхо-*



димы современные системы мониторинга – оборудование, которое следит за состоянием пациента в разных фазах наркоза. Необходимо улучшить обеспеченность лекарственными препаратами. Необходимо высококвалифицированный персонал – раньше брали в эту профессию лучших, а теперь всех. Проблема повышения заработной платы для специалистов анестезистов обсуждается и ждет своего решения. У нас есть Приказ Министерства здравоохранения России № 919 от 15.11.2012 года, с помощью которого мы могли бы снять проблемы по зарплате, но он носит рекомендательный характер».

«Как заставить главных врачей выполнять это приказ?» – таким риторическим вопросом завершил свое выступление Михаил Дмитриевич, вызвав аплодисменты и поток шуток на серьезную и грустную тему. Сеанс смехотерапии внес в ряды участников мероприятия заметное оживление.

Далее эстафетную палочку проведения семинара приняли на себя сами специалисты – медицинские сестры-анестезисты различных учреждений здравоохранения Вологодской области.

Говорили выступающие о самых актуальных для отрасли задачах – безопасности пациентов, обеспечении инфекционного контроля, гигиенической обработке рук, роли медсестры при обеспечении анестезиологического пособия новорожденным, совершенствовании инвазивного мониторинга, особенностях сестринского ухода при длительном нахождении пациента на ИВЛ.

Каждое выступление сопровождалось показом видеоматериалов. Все выступающие последовательно, доходчиво и выразительно раскрывали свои темы, отлично справляясь с волнением. А ведь публичное выступление в профессиональной среде – задача непростая, тем более что делать это приходится нечасто.

Очевидно, что участие в подобных семинарах – это настоящая возможность профессионального и личностного роста, это возможность с профессиональной трибуны публично заявить о себе, вместе с тем, это и большая ответственность. Для специалистов, которые ранее не выступали с докладами, – это очень хороший пример того, как надо работать, к чему стремиться, и еще это сильная мотивация для дальнейшего профессионального развития и утверждения в профессии.

После небольшого перерыва состоялась работа малыми группами с закреплением практических навыков и обмен мнениями. В своей привычной деловой и доброжелательной манере Н.В. Никитина подвела итоги семинара и заверила, что подобная практика обучения будет продолжена.

Мероприятие закончилось. Все участники разъехались по своим медицинским учреждениям, где их всегда ждут пациенты. Они надеются на медицинских сестер как на ангелов-хранителей, они верят в них!

Мы же верим в нашу медицину, в наше здравоохранение. Потому что, несмотря ни на какие трудности, здесь трудятся настоящие профессионалы своего дела, те, кто верен своей клятве «исполнять свой профессиональный долг по совести и с достоинством».



МЕТОДИЧЕСКАЯ ЛИТЕРАТУРА

АССОЦИАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ

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

В разделе: **Информационные ресурсы** **Литература**

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

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

Редакционная подписка на журнал «Вестник Ассоциации медицинских сестер России», 2014 год – выпускается 5 номеров

Для индивидуальных подписчиков и организаций –
стоимость одного журнала 300 руб., годовая подписка – 1500 руб.

Подписка на №
В количестве экз.
ФИО руководителя
Почтовый индекс, адрес

Контактный тел./факс/e-mail:
Банковские реквизиты:
Для закрытия счета необходимы документы: (договор, накладная
и т. д.)

Просим выслать заполненную форму заявки вместе с копией квитанции об оплате в адрес congress@medsestre.ru

Извещение	Получатель платежа: ООО «Милосердие» ИНН 7826671196 КПП 784001001		
	Расчетный счет № 40702810755230106995		
	В Северо-Западном банке ОАО «Сбербанка России» Дополнительный офис 055, г. Санкт-Петербург, БИК 044030653 К/с 30101810500000000653		
	Ф.И.О. и адрес плательщика		
	Вид платежа:	Дата	Сумма
Подписка на журнал «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» на 2014 г.		1500 руб.	
Плательщик:			
Квитанция	Получатель платежа: ООО «Милосердие» ИНН 7826671196 КПП 784001001		
	Расчетный счет № 40702810755230106995		
	В Северо-Западном банке ОАО «Сбербанка России» Дополнительный офис 055, г. Санкт-Петербург, БИК 044030653 К/с 30101810500000000653		
	Ф.И.О. и адрес плательщика		
	Вид платежа:	Дата	Сумма
Подписка на журнал «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» на 2014 г.		1500 руб.	
Плательщик:			

ТОЛЬКО ЦИФРЫ И ФАКТЫ – ЕВРОПЕЙСКИЙ КОМПЕНДИУМ ОБРАЗЦОВОЙ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ

НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ РАБОТЫ ГЛАВНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СЕСТРИНСКОМУ ДЕЛУ И ЛИДЕРОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ АССОЦИАЦИЙ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ

В течение двух дней 8 и 9 октября в Вильнюсе проходило расширенное заседание правительственных медицинских сестер и членов Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций, организованное региональным офисом ВОЗ. Заседание открыли заместитель директора Европейского бюро ВОЗ д-р Ганс Клюге, руководитель программы кадровой политики д-р Галина Перфильева и президент Международного совета медсестер д-р Джудит Шамиан. Основная дискуссия строилась вокруг того, каким образом всем странам региона поддержать политику ВОЗ по укреплению сестринского и акушерского дела.

Задачи укрепления сестринского и акушерского дела в Европе

Эксперты Всемирной организации здравоохранения убеждены, что сестринское и акушерское дело должно развиваться в четырех плоскостях:

1. Специалистам необходимо предоставить доступ к различным уровням образования. В композиции профессиональных кадров необходимо увеличивать долю медсестер и акушеров, имеющих образование на уровне бакалавриата, магистратуры и докторантуры.

2. Специалистам следует предоставить более широкие возможности влияния на процесс принятия решений, касающихся здравоохранения. Политическая роль медицинских сестер и



акушеров должна возрасти, с тем чтобы их ценные предложения принимались во внимание, претворялись в жизнь.

3. Необходимо поддерживать научно-исследовательскую работу специалистов, внедрение научно обоснованной сестринской и акушерской практики.

4. В каждой стране региона следует наиболее рационально использовать кадровые ресурсы и внедрять принципы расширенной практики.

У специалистов отрасли эти задачи вопросов не вызывают, тот факт, что здравоохранение от их выполнения только выиграет, очевиден. Однако решения принимают вовсе не работники здравоохранения. При разделе бюджет-

тов главное слово остается за финансистами, а здравоохранению приходится конкурировать с другими секторами экономики, также нуждающимися в дополнительных инвестициях. Как доказать политикам и экономистам, что инвестиции в сестринское и акушерское дело выгодны?

Данные научных исследований

Доверие могут вызвать только цифры и факты, и такие данные в Европе уже имеются. В рамках крупного исследования «Прогнозирование сестринских кадров» (Nurse forecasting in Europe, Sermeus et al, 2011), а также ряда других исследований под руководством Линды Айкен, Энн Мари Раффер-



ти и других ученых был проведен серьезный анализ зависимости исходов лечения от уровня сестринской помощи, обеспеченности кадрами, образования сестер и акушерок, условий труда, наличия синдрома выгорания, текучести кадров. Отметим, что участие в исследовании приняли более 30 тысяч медицинских сестер из 12 европейских стран, т. е. полученные данные весьма репрезентативны.

Что же именно удалось установить?

Например, то, что уровень безопасности медицинской помощи зависит от обеспеченности сестринскими кадрами. Чем медсестер больше, тем безопасность выше.

Неблагоприятные исходы лечения также зависимы от кадровой обеспеченности ЛПУ. Дополнительная медсестра в лечебном отделении снижает риск смерти пациента на 6%, в ОРИТ – на 9%, в хирургическом отделении – на 16%.

Качество условий труда оказывает влияние на развитие синдрома выгорания. Чем более благоприятна производственная среда, тем менее распространены такого рода проблемы. А синдром выгорания, в свою очередь, оказывает влияние на удовлетворенность пациентов от лечения. Иными словами, если медицинские сестры не испытывают проблем на работе, то и пациенты остаются вполне довольны медицинским учреждением, следовательно, повышается его репутация, меняется отношение к здравоохранению в целом.

Мы часто расцениваем синдром выгорания как проблему психологическую, но стоит на нее посмотреть и с точки зрения финансов. Из 30 тысяч опрошенных медицинских сестер от 19 до 49% (показатели варьируют по странам) собираются в ближайшее время искать работу в другом учреждении. Следовательно, ЛПУ будут тратить средства на рекрутинг и адаптацию новых специалистов. От 5 до 19% опрошенных медсестер планируют

уйти из профессии вовсе. Это значит, что ранее вложенные в их подготовку, специализацию, повышение квалификации средства будут просто-напросто потеряны.

Квалификация медицинских сестер используется не всегда рационально. В подавляющем большинстве случаев медицинские сестры тратят часть рабочего времени на выполнение непрофессиональных задач – доставку питания, подготовку направлений пациенту к выписке, переводу в другие учреждения, транспортировку пациентов на процедуры, в другие отделения, уборку палат, обработку оборудования, получение расходных материалов и аппаратуры и прочего. Вместе с тем, всем медицинским сестрам не хватает времени на выполнение своих прямых обязанностей. Более всего страдают разделы работы, связанные с обучением пациента и его близких. Катастрофически не хватает времени на то, чтобы просто успокоить и приободрить человека, высказать в его адрес те добрые слова и пожелания, которые в момент болезни имеют исцеляющее воздействие.

Выводы исследователей неопровержимы – наличие достаточного числа медицинских сестер, подготовленных на высоком уровне, снижает затраты посредством сокращения сроков госпитализации и числа повторных госпитализаций, уменьшает затраты на медикаменты, снижает смертность. Помимо прямых выгод, которые легко подсчитать, есть финансовые выгоды вследствие снижения расходов на судебные издержки – если в ЛПУ достаточное число медсестер, здесь ниже вероятность профессиональных ошибок, следовательно, меньше судебных исков и издержек учреждения на их оплату.

Европейский компендиум образцовой сестринской практики

Масштабные исследования важны, но недостаточны для аргументирован-



ной поддержки инвестиций в профессию медицинской сестры и акушерки. Сотни страниц научных данных едва ли привлекут внимание политиков и руководителей, которым необходимо принимать решения здесь и сейчас. Общие и совокупные данные недостаточны и для претворения в жизнь конкретных практических мер, благодаря которым специалисты смогут реализовать свой профессиональный потенциал, пациенты получить помощь, в которой нуждаются, а здравоохранение выиграть время и средства. Поэтому Экспертной группой ВОЗ под руководством д-ра Галины Перфильевой была разработана концептуальная модель создания Европейского компендиума образцовой сестринской практики. Компендиум – это своего рода база данных, которая будет пополняться краткими описаниями примеров расширения функциональных обязанностей медицинских сестер и акушерок и достигнутых результатов.

Такие примеры уже подготовлены рядом стран. Например, в Ирландии был реализован проект по расширению роли медицинских сестер отделения пульмонологии и респираторной оценки в уходе за пациентами с хронической обструктивной болезнью лег-





ких (ХОБЛ). Медицинские сестры прошли дополнительное обучение, получили поддержку от администрации учреждения, руководителей сестринских служб, врачей, стали обучать пациентов методам контроля заболевания. Обучение прошли и медицинские сестры первичного звена, чтобы пациенты с ХОБЛ могли рассчитывать на квалифицированную помощь и без госпитализации. В итоге радикально сократились сроки госпитализации пациентов – с десяти до полутора дней, сократилось и число случаев госпитализации благодаря качественной поддержке по месту жительства пациента.

В Исландии была сформирована новая роль для медсестры, работающей с детьми, страдающими диабетом. Специалисту с высшим образованием были предоставлены полномочия для более автономной работы, создана своего рода школа для родителей детей с диабетом, достигнуты хорошие результаты – отличный уровень контроля уровня сахара и гликированного гемоглобина, повышение уверенности родителей в своих действиях, более высокое качество жизни, сокращение госпитализаций.

Роль самостоятельно практикующей медсестры или медсестры расширенной практики закреплена законодательно и имеется в штатном расписании далеко не в каждой стране. Тем не менее, как справедливо отметила президент РАМС Валентина Саркисова, положительные примеры расширенной практики сестер есть и в России. Например, отличные результаты добились сестринские коллективы Самарских поликлиник № 6 и № 15 – здесь ликвидировано понятие «живой очереди» к врачу, сформированы паспорта участков, жители распределены по группам риска, с ними ведется соответствующая про-

филактическая работа, больные хроническими заболеваниями участвуют в школах, по показаниям открываются «стационары на дому», на «отлично» поставлена работа по диспансеризации и раннему выявлению онкологических заболеваний. И все это делается силами МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР!

Достойные примеры у нас появились благодаря развитию сестринских исследований в Омске. Мы знаем, что сестринские вмешательства в отделениях различного профиля помогают снизить уровень боли, сократить объемы используемых медикаментов, сократить сроки госпитализации, ускорить заживление ран, скорость восстановления способностей пациентов к самообслуживанию. Россия полностью поддерживает идею создания Европейского компендиума образцовой сестринской практики. Мы готовы вносить вклад в его формирование и далее быть активными пользователями этой энциклопедии лучшей сестринской практики.

Всеобщее признание

Лидеры национальных ассоциаций медицинских сестер и акушерок на второй день работы провели собственное заседание, посвященное будущему Европейского форума и ВОЗ – организации, в рамках которой ассоциации участвуют в работе Европейского регионального офиса ВОЗ, вносят свои предложения, а также содействуют выполнению инициатив ВОЗ на уровне стран.

В последний год работа форума осложнилась в связи с отсутствием в офисе ВОЗ политического советника по сестринскому и акушерскому делу. Теперь более высокая нагрузка ложится на руководящий комитет форума, которому необходимо самостоятельно решать административные во-

просы, вопросы организации и проведения своих заседаний.

В ситуации, когда половина европейских стран состоит в региональной федерации медсестер или акушерок (объединяющих страны Евросоюза), форум существенно ослаб. По мнению же России и ряда стран вне Евросоюза, такой форум очень важен – ассоциации не должны терять возможность прямого взаимодействия с Европейским офисом ВОЗ, участия в разработке тех документов, которые будут формировать будущую политику в сестринском и акушерском деле.

В этот кризисный и поворотный момент одна за другой страны обратились в адрес президента РАМС Валентины Антоновны Саркисовой с предложением возглавить форум. Высокое доверие со стороны национальных ассоциаций, убежденность в важной роли общественных организаций в европейской политике, в поддержке инициатив ВОЗ, а также уникальный опыт и исключительные лидерские качества Валентины Антоновны не позволили отступить перед трудностями. В итоге, кандидатура нашего президента была поддержана единогласно, а представители крупнейших национальных ассоциаций, включая ассоциации медсестер и акушерок Великобритании, Швеции, Кипра, Дании, Швейцарии, Португалии и Германии, выразили готовность работать под ее началом!

Вместе с поздравлением в адрес Валентины Антоновны, пожеланием неиссякаемых сил и энергии для работы и в России, и на Европейском пространстве, хочется выразить надежду, что это признание Российской ассоциации медицинских сестер со стороны европейских организаций, будет содействовать и укреплению позиций РАМС внутри страны.

ПАДЕНИЯ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ



Ильницкий Андрей Николаевич,
д. м. н., профессор, заведующий
кафедрой терапии и патологии
пожилого возраста Института
повышения квалификации
Федерального медико-биологического
агентства, г. Москва



Пономарева Ирина Петровна,
к. м. н., доцент кафедры терапии
и патологии пожилого возраста,
Института повышения квалификации
Федерального медико-биологического
агентства, г. Москва



Падение является одним из общегериатрических синдромов, который приводит к тяжелым медико-социальным последствиям: переломы разных локализаций, черепно-мозговые травмы, появление боязни падений, что способно значительно ограничить физическую активность пожилого человека и снизить качество жизни.

Падение – это неожиданное, незапланированное соприкосновение тела пациента с полом либо действие человека, при котором части его тела или тело целиком внезапно оказывается на земле или другой поверхности, находящейся ниже первоначального положения.

Эпидемиология падений

Падения, особенно в пожилом возрасте, являются достаточно распространенным явлением, которое занимает первое место среди причин обра-

щений за медицинской помощью в связи с травмами. В возрасте старше 65 лет падения занимают первое место среди причин травм, при этом достоверно большее количество падений встречается не в домашних условиях, а в учреждениях здравоохранения.

Наибольшее количество падений встречается в возрасте старше 85 лет, причем эти падения характеризуются высоким уровнем смертности – 171 смерть на 100 000 жителей.

Особую озабоченность вызывает высокое количество падений в доме престарелых: на 100 коек дома престарелых приходится около 200 падений в течение года. Не менее 75% пациентов домов престарелых претерпевают падения, на одного такого пожилого человека приходится в год в среднем 2,6 падений в год.

Падения имеют особую социальную значимость ввиду их последствий. Так, в США в 1997 году вследствие падений летальный исход зарегистрирован у

9000 пожилых людей в возрасте старше 65 лет. Падения опасны не только травмами. У пожилого пациента, испытавшего падение, снижается качество жизни, отмечается снижение социальной активности, уровня физического функционирования. При этом имеет место настойчивое желание пациента находиться длительное время в госпитальных условиях. Тем не менее падения зачастую приводят и к травмам. В 5–15% случаев вследствие падений отмечаются ранения головы, повреждения мягких тканей разной локализации; частота переломов при падениях пожилых людей достигает 75%, а переломы шейки бедра имеют место в 1–2% случаев. В возрасте старше 70 лет 90% переломов шейки бедра ассоциировано именно с падениями.

Факторы риска падений

К основным *внутренним* факторам риска падений и травм при падениях

в пожилом возрасте относят следующие синдромы:

- нарушение когнитивных функций (возрастное снижение внимания);
- нарушение походки, равновесия и силы;
- нарушение функции передвижения.

К развитию указанных синдромов приводит целый ряд заболеваний, к основным из которых относятся следующие: острые нарушения мозгового кровообращения, болезнь Паркинсона; остеоартроз суставов, остеопороз; сахарный диабет; патология сердечно-сосудистой системы – ишемическая болезнь сердца, нарушения ритма сердца; патология дыхательной системы – хроническая обструктивная болезнь легких, пневмония.

В пожилом и старческом возрасте к падениям приводят следующие группы заболеваний и патологических состояний:

- наличие падений в анамнезе, что достоверно ассоциировано с высокой вероятностью последующих падений;
- патология зрения: снижение остроты зрения, сужение полей зрения, фотофобия;
- неустойчивость походки: изменение типа и рисунка ходьбы, как правило, на фоне неврологической патологии;
- патология опорно-двигательного аппарата: атрофия и гипотрофия мышц, остеопороз, суставная патология;

- нарушения психического статуса: снижение памяти, дезориентация, интеллектуально-мнестическое снижение;
- острая патология: чаще всего к падениям приводят приступ эпилепсии, острые нарушения мозгового кровообращения, пневмония, гипертермия на фоне вирусной инфекции, ортостатическая гипотензия;
- хронические заболевания: чаще всего к падениям приводят заболевания с суставным синдромом, болезнь Паркинсона и сахарный диабет.

В протоколах первичной медико-социальной гериатрической помощи США внутренние факторы риска падений и травм при падениях оценивают согласно следующему алгоритму (I HATE FALLING):

- деформация или дисфункция суставов, в том числе воспалительного генеза;
- ортостатическая гипотензия;
- нарушения слуха и зрения;
- тремор как проявление болезни Паркинсона или другой патологии;
- нарушения равновесия;
- нарушения походки;
- нарушения ритма сердца;
- разная длина нижних конечностей;
- общая слабость;
- наличие возрастной множественной патологии;
- проблемы с питанием;



- нарушения походки, дискоординация движений.

К **внешним** факторам риска падений относят те факторы, которые напрямую не затрагивают имеющиеся у пациента заболевания, а обусловлены воздействием внешних факторов среды.

Надо отметить, что весьма распространенным фактором риска падений является прием лекарственных препаратов. К падениям могут привести антиаритмические средства, антидепрессанты, антигипертензивные препараты, диуретики, антидиабетические препараты, нейролептики и психотропные средства, нестероидные противовоспалительные средства, вазодилататоры.

К другим внешним факторам риска падений относят:

- низкое качество покрытия пола: скользкое покрытие, небольшие скользкие ковры, провода на полу, выступающие пороги;
- плохое освещение;
- непригодные для пользования пожилыми людьми ванна и туалет: отсутствие поручней, высокие бортики, скользкое покрытие;
- неудобные для перемещения стулья и кровати;
- неудобная обувь: тесная или обувь большого размера, скользкая по поверхности опоры подошва;
- неисправные технические средства реабилитации: инвалидное кресло, трость, ходунки;
- неумение пользоваться некоторыми приспособлениями для пожилых людей в условиях больницы, что может привести к повышению риска падений.



Учет факторов риска падений позволит снизить частоту возникновения обсуждаемого феномена.

Классификация падений

Согласно классификации J.M. Morse (2002 г.), в зависимости от факторов риска падения классифицируются следующим образом:

1) Случайные падения, при которых внезапное изменение положения тела обусловлено факторами внешней среды, например, разлитой жидкостью на полу, внезапным выключением света и пр.

2) Непрогнозируемые падения, обусловленные влиянием внутренних факторов риска, например, впервые возникший эпилептический припадок, патологический перелом шейки бедра во время ходьбы.

3) Прогнозируемые падения, обусловленные влиянием внутренних факторов риска, например, падения в анамнезе, стабильные нарушения походки, когнитивные нарушения и пр.

Организационные причины падений в учреждениях здравоохранения

При анализе организационных причин падений с серьезными травмами и смертельным исходом выявлены следующие основные факторы:

- причины падений, которые связаны с персоналом. Это широкий спектр причин – от недостаточного уровня обучения до недостаточного количества сотрудников в отделении;
- неполная оценка состояния пациента в плане риска падений;
- недостаточно безопасный уровень среды пребывания пациентов, когда, например, имеют место скользкие полы;
- недостаточный уровень ухода за нуждающимися пациентами;
- недостаточный уровень организационной культуры учреждения здравоохранения.

Профилактика падений

К общим мероприятиям профилактики падений относятся следующие:

- внимательное изучение причины каждого падения с целью выра-

ботки мер профилактики повторения этого гериатрического синдрома;

- создание безопасной и безбарьерной среды обитания пожилого человека, в частности, обеспечение достаточной освещенности, исключение скользких и неровных поверхностей, наличие перил у лестниц и пр.;
- в случае необходимости оборудование туалетов, ванных комнат, коридоров специальными поручнями, которые дадут возможность либо предотвратить падение,



либо ухватиться за них в случае начавшегося падения;

- использование специальных ходунков при передвижении по дому либо улице в случае высокого риска возникновения падений;
- оборудование интерьеров специальной сигнализацией, которая оповестит родственников или персонал о случившемся падении, ухудшении состояния пожилого человека, которое может привести к падению;
- применение методов физической реабилитации для тренировки адаптационных механизмов поддержания равновесия и правильной ходьбы;
- тренировка мышц нижних конечностей для обеспечения правильного рисунка ходьбы, что может противодействовать падениям.

Для лиц пожилого и старческого возраста характерны некоторые особенности ходьбы, которые предрасполагают к падениям: укорочение шагов, снижение амплитуды движения нижних конечностей при ходьбе, изменение положения центра тяжести при стоянии. Эти особенности необходимо диагностировать при помощи современных стабиллографических аппаратов и учитывать индивидуальные возрастные особенности при проведении мероприятий физической реабилитации;

- в ряде случаев – эндопротезирование тазобедренных суставов (если причина привычных падений – патология опорно-двигательного аппарата);
- профилактика и лечение остеопороза;
- пересмотр медикаментозного лечения и исключение лекарственных препаратов, которые усиливают риск падений;
- исключение разного рода физической активности, которая может привести к повышению риска падений.

Профилактика падений также зависит и от причины, его вызвавшей.

Падение при гипотензии: постепенное изменение положения, у лежащих больных – приподнимание головного конца кровати до 30 градусов, употребление достаточного количества жидкости, минеральных вод, тщательный анализ медикаментозного лечения и четкое представление о том, какие препараты могут приводить к снижению артериального давления; в тяжелых случаях – назначение препаратов кофеина, глюкокортикоидных гормонов.

Падение как побочное действие назначаемых препаратов: исключение препаратов или коррекция комбинаций препаратов, которые способны вызвать синдром падения.

При развившейся мышечной слабости это может быть лечение движением (кинезитерапия), ориентированное на нормализацию функции суставов, нормализацию координации движений и пр.

Таким образом, не вызывает сомнений тот факт, что медико-социальная помощь пожилым людям с риском падений должна носить комплексный и всеобъемлющий характер.

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ В КИБЕРПРОСТРАНСТВЕ

КАК ПРОВЕСТИ ВРЕМЯ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ С ПОЛЬЗОЙ ДЛЯ ДЕЛА?



Джайнис Хейнс,
PhD, RN, профессор Университета
Северного Колорадо

Введение

Социальные сети и СМИ стали неотъемлемой частью жизни миллионов пользователей сети Интернет по всему миру. Участие в таких сетях позволяет пользователям обмениваться информацией и мнениями, вести блоги и микроблоги, делиться видеороликами, ежедневно общаться и, даже, играть, находясь в тысяче километров друг от друга. «Википедия», «Твиттер», You Tube, Facebook, «ВКонтакте»..., пожалуй, нет на планете людей, которым не знакомы эти понятия. С распространением Интернета сегодня возможным стало то, о чем еще пару десятилетий назад люди даже не мечтали. Что важно для нас, так это возможность использования этих достижений информационного века в целях профессионального развития, например, в рамках обмена информацией между медицинскими сестрами или посредством участия в программах дистанционного образования. В этой статье мы попытаемся обрисовать имеющиеся возможности и подсказать, как провести время в сети Интернет с пользой.

Доступ к профессиональным информационным ресурсам

Сегодня один клик мышки дает медицинской сестре доступ к морю информации, а также к тому, чтобы обес-

печатить информацией пациентов. Все больше и больше медицинских организаций создают информационные системы для пациентов с определенными заболеваниями, благодаря которым оказывают ежедневную информационную поддержку, дают современную и достоверную информацию об уходе. Пациенты могут использовать поисковые системы для обнаружения нужной информации, а медицинские сестры могут предлагать пациентам обратиться за дополнительной информацией к тем или иным интернет-ресурсам.

Большинство людей для поиска информации пользуется общими поисковыми системами, например, Google, Yandex, Chrome и другими, позволяющими обнаружить разные новости и информационные материалы.

Но вот когда речь заходит о поиске профессиональной информации, без специализированных поисковых систем не обойтись. К сожалению, русскоязычные поисковики по медицине, тем более по сестринскому делу, очень ограничены. Интернет научный – англоязычен, поскольку в любой стране исследователи предпочитают публиковать свои статьи именно на английском языке, чтобы те стали всеобщим достоянием. Следовательно, одной из первых рекомендаций для профессионального использования интернета будет наш к вам призыв – учить английский язык! Если вы уделяли время этой дисциплине во время учебы, то незаменимым ресурсом информации для вас может стать CINAHL (поисковая система, название которой является аббревиатурой Cumulated Index for Nursing and Allied Health Literature – Объединенная база данных по сестринскому делу и смежным научным медицинским дисциплинам). Медицинскими сестрами США и множества других стран она активно используется. Следующим информационным интернет-ресурсом являются профессиональные журналы, которые часто

имеют интернет-версию. За пару часов работы на компьютере можно обнаружить столько научных статей, сколько в былые времена мы не смогли бы найти и за неделю, проводя сутки напролет в читальных залах библиотек. Поиск нужной статьи и научных материалов осуществляется по поисковому запросу или ключевому термину; например, достаточно ввести в специализированный поисковик термин «обезвоживание», как вы получите массу информации по этой теме.

Кстати говоря, незнание английского языка – не абсолютная преграда для поиска информации в сети интернет. Профессиональные российские журналы постепенно открывают свои сайты и издают интернет-версии, а русскоязычный ресурс «Гугл Академия» позволяет сориентироваться в массе научных публикаций и, зачастую, дает доступ к полнотекстовым статьям.

Следующий раздел для освоения в интернете – это вэб-сайты различных организаций. Например, если вы являетесь активным членом Ассоциации медицинских сестер России, целесообразно время от времени посещать ее сайт, подписаться на новости, которые будут доставляться сразу по адресу вашей электронной почты. Аналогичные сервисы есть и у образовательных организаций, и у различных профессиональных медицинских сообществ. Стоит только поискать и подключиться, чтобы не упустить в будущем интересную возможность обучения, стажировки, участия в конкурсе.

Участвуя в конференциях и проходя обучение на семинарах, медицинские сестры нередко говорят – общаясь все это время друг с другом, мы узнали не меньше, чем слушая преподавателей. Такое общение медсестер друг с другом позволяет максимально ускорить процесс обмена практической информацией, воспользоваться тем опытом, который уже имеется, не изобретая велосипед. Так зачем же ограничиваться редкими встречами на

крупных конференциях, если общаться можно каждый день? Особенно ценным становится такое общение, когда среди его участников присутствуют и медицинские сестры небольших поликлиник и больниц, и специалисты крупных специализированных или многопрофильных центров. А интернет может сделать такое общение вопросом считанных минут, сняв финансовые, временные и любые другие ограничения! Где такое общение возможно? В США, например, есть профессиональные сестринские издания, эксперты которых ведут обсуждения отдельных тем на своих сайтах. Медицинские сестры могут оставить вопрос или комментарий и получить ответ. Общение на профессиональных форумах становится распространенным и в России. Есть у нас и форумы для медицинских сестер, и для пациентов, и огромное количество форумов, где основными участниками являются врачи. Такой форум создан и на сайте Ассоциации медицинских сестер России, правда, общение на профессиональные темы почему-то пока медицинских сестер не очень привлекает, и самой активной темой становятся льготы, пенсии, нормативы нагрузки, но не вопросы оказания медицинской помощи тем или иным категориям пациентов. Хотя именно совершенствование сестринской помощи по логике вещей должно составлять центральное звено в общении профессионалов друг с другом.

Мы уже упомянули дистанционное образование как одну из перспективных форм совершенствования знаний. Программы дистанционного образования могут быть формальными и проходить, например, в рамках специализации или циклов усовершенствования. В США дистанционные курсы могут быть и частью программ базовой подготовки медицинских сестер. Но, помимо таких крупных образовательных проектов, с помощью интернета можно проходить краткосрочные курсы, участвовать в вебинарах. Вебинар – это тот же семинар, с тем отличием, что его участники не сидят в одной учебной комнате, а находятся у экрана монитора за тысячи километров друг от друга и от преподавателей, ведущих обучение. Данная технология может связывать людей и сразу несколькими видами связи, предполагать видеосопровождение, звуковое сопровождение, возможность общей дискуссии. Программное обеспечение может позволить провести обучение сотен человек за один небольшой промежуток времени – просто, быстро, эффективно и сравнительно недорого! И все благодаря технологиям GoToMeeting.com.

Сестринский уход на расстоянии

Сестринский уход непосредственно у постели больного? С информационными технологиями мы выходим за рамки традиционных представлений о

медицинской помощи. В дистанционном общении с пациентом есть свои минусы и риски, тем не менее во множестве ситуаций такое общение и помощь на расстоянии весьма актуальны. Внедрение телемедицины открыло двери к использованию электронных и телекоммуникационных технологий при оказании удаленной медицинской помощи. Мониторинг определенных категорий пациентов и обучение пациентов – вот два основных раздела для реализации сестрами в рамках телемедицины. Технологии развиваются, и сегодня оценка состояния пациента, диагностика и лечение уже могут проходить на дистанции благодаря новым программным приложениям. Видеоконференции, консультации, медицинской сопровождение пациента – прочно вошли в работу телемедсестер. Очень хорошие плоды использование телемедицины дает в отдаленных и труднодоступных территориях. При условии наличия современных технологий у медицинского работника/учреждения и у пациента, дистанционная помощь может быть ничуть не хуже очной и наиболее нам привычной.

Возможности дистанционного образования

Огромное значение для специалистов имеют приложения и платформы, на основе которых реализуются программы дистанционного образования. Это позволяет студентам участвовать

Блоги – неформальные записи людей о каких-либо событиях или явлениях, попадающие в глобальную сеть.

Поисковые системы – программы, позволяющие вести поиск информации в глобальной сети интернет об определенной теме или вопросу по ключевым терминам. В результате поискового запроса такая программа выдает список информационных источников, отсортированный по релевантности (степени соответствия поисковому запросу).

Социальные сети – группы людей, объединенных между собой. Благодаря таким сетям люди взаимодействуют в Интернете не только с помощью обмена электронными письмами, но и краткими фразами, могут вести непрерывный диалог.

Твиттер – социальная сеть для ведения кратких блогов – «твитов». Эти сообщения по объему не превышают 140 печатных символов и формируют своего рода он-лайн дневник человека.



Яндекс

В контакте

global tobacco control Online Courses

http://hp.globaltobaccocontrol.org/ru/online_training



На сайте Ассоциации медицинских сестер России размещена ссылка для участия в он-лайн обучении на тему борьбы с табакокурением. Объемный учебный курс разработан в Медицинском университете им. Джона Хопкин-

са и переведен на различные языки, в том числе и на русский. Для обучения необходимо пройти по ссылке, зарегистрироваться, а затем последовательно пройти все предложенные учебные модули. На сайте разработ-

чиков программы вы найдете немало полезных материалов. Особенно рекомендовано для медицинских сестер, работающих в первичном секторе здравоохранения, в центрах и отделениях профилактики.

в образовательных программах за пределами своих регионов, штатов, стран, даже не выходя при этом из дома. Потенциал международных учебных программ с развитием дистанционных курсов становится неисчерпаемым. В США есть университеты, которые предлагают полностью дистанционные образовательные программы, по окончании которых выпускники получают университетскую степень. В таких программах университетские преподаватели не участвуют в клинической практике лично. Клинические занятия студент может проходить в местных учреждениях здравоохранения под руководством очного наставника. Несколько дистанционных программ есть уже и для аспирантов. Иногда в рамках таких программ студенты приезжают на краткосрочные сессии и сдачу экзаменов, но постоянного присутствия на занятиях не требуется. Даже программы специализации, подразумевающие значительное время для клинической подготовки, могут иметь дистанционные компоненты. Приемы обучения здесь чередуются – часть времени студенты проводят в классе, часть в клинике, а часть – за компьютером. Согласно данным исследований, гибридные и дистанционные образовательные программы отличаются высокой эффективностью (Mancuso-Murphy, 2007).

Незаменимыми являются интернет-технологии в программах непрерывного образования. В большинстве

стран для подтверждения квалификации медицинские сестры должны проходить обучение посредством участия в конференциях или изучения специальной литературы, зарабатывая зачетные баллы. Со временем такая система будет сформирована и в России. Для получения зачетных баллов доступны разного рода короткие курсы. Их организаторами могут выступать профессиональные ассоциации, научные издания или учебные заведения. Суть учебы обычно состоит в том, что медсестра регистрируется в качестве участника программы на сайте, затем проходит предварительное тестирование. После этого изучает учебный материал – это может быть многокомпонентная презентация, статья, печатный материал и видеоматериал. После изучения медицинская сестра снова проходит проверочный тест и, в случае удовлетворительного результата может на своем компьютере распечатать сертификат, служащий официальным документом для подтверждения зачетных часов. В каждой программе участник заранее видит, сколько времени на освоение материала ему предстоит потратить, сколько зачетных баллов он сможет получить.

Обучение населения сохранению здоровья, профилактике заболеваний, уходу за близкими также доступно в он-лайн режиме. В этом направлении медицинским сестрам следует работать и далее, совершенствуя сервисы

для пациентов. Медицинские сестры лучше всего подготовлены для целей обучения пациентов, поэтому именно мы должны заниматься развитием телемедицины.

Выводы

Интернет открывает массу возможностей для сестринской практики и образования. Интернет гораздо шире социальных сетей и личной переписки с друзьями и коллегами. Интернет, при его рациональном использовании, способен кардинально изменить лицо сестринской профессии и стать мощным средством для ее развития. Интернет может стать источником знаний и образования – эффективного, доступного и удобного. И, поскольку информационные технологии продолжают совершенствоваться и развиваться, в ногу с ними будут развиваться и возможности для совершенствования сестринской практики и образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mancuso-Murphy, Josephine (2007). Distance education in nursing: An integrated review of online nursing students' experiences with technology-delivered instruction. // *Journal of Nursing Education*, 46 (6), 252–260.
2. Gerrity, Jim (2013). Considering telehealth? The right network infrastructure is critical. *Health Management Technology*, March, 2013. www.healthmgttech.com. accessed May 15, 2013.

Влияние тревоги на уровень страха перед болью у пациентов с ишемической болезнью сердца



■ **Скокова О.А.**,
медицинская сестра палатная
кардиологического отделения
НУЗ «ОКБ на ст. Омск-Пассажирский»
ОАО «РЖД»

Актуальность темы. Среди заболеваний, представляющих угрозу для жизни и здоровья населения нашей планеты, первые два места принадлежат ишемической болезни сердца (ИБС) и депрессивным и/или тревожным расстройствам разной степени выраженности. Комбинация этих болезней значительно ухудшает клинический и социальный прогноз каждой из них. Тревожные расстройства определяются не только своей распространенностью и дезадаптирующим влиянием, но и тем, что своевременная диагностика этих расстройств во многих случаях становится решающим условием успешной медицинской и психологической помощи. Тревожные состояния сочетаются с сердечно-сосудистой патологией чаще, чем с целым рядом других заболеваний, поскольку при таком сочетании клинические проявления обоих заболеваний образуют общие симптомы: повышенная утомляемость, нарушение сна, снижение аппетита, тревога.

Тревога – нормальное состояние эмоциональной сферы человека, если она кратковременна и связана с неблагоприятными или неопределенными жизненными событиями. Если тревога приобретает постоянный характер, она может быть фактором развития различных заболеваний и особенно губительна для функций сердечно-сосу-

дистой системы. Тревожные состояния отягощают течение соматического заболевания, способствуют формированию ипохондрического типа внутренней болезни. Своевременное выявление уровня тревожности и проведение психокоррекционной программы приведут к улучшению и оптимизации внутренней картины и адаптации пациента к обычной жизни.

По данным российских и зарубежных ученых, ишемической болезнью сердца страдают около 12% населения в возрасте 45–65 лет. В последние годы отмечается тенденция к повышению заболеваемости ИБС среди лиц более молодого возраста. Многими исследованиями установлено, что у 33–80% пациентов с ИБС наблюдаются тревожные состояния. Это отрицательно влияет на проводимое лечение и реабилитацию пациентов.

Ключевые слова: ишемическая болезнь, тревожные состояния, страх, психокоррекция.

Цель исследования: снизить степень тревожности перед болью у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Задачи исследования:

- Оценить уровень тревоги.
- Разработать метод снижения тревоги.
- Разработать цветовую таблицу на выявление уровня тревоги.

Предмет исследования: влияние тревоги на уровень страха перед болью.

Объект исследования: пациенты кардиологического отделения.

Исследование проводилось на базе ОКБ на ст. Омск-Пассажирский. В исследовании участвовали пациенты кардиологического отделения – мужчины и женщины в возрасте от 40–65 лет.

За 2011 год в кардиологическом отделении было пролечено 1 494 пациента, с диагнозом ИБС – 833 человека, что составило 55,8% от общего количества.

В исследовании приняли участие 24 пациента, из них 12 человек – основ-

ная группа (8 мужчин и 4 женщины в возрасте от 43–60 лет, средний возраст 51,4) и 12 человек – группа сравнения (7 мужчин и 5 женщин в возрасте от 46–59 лет, средний возраст 53,9).

В исследование вошли пациенты с диагнозом ИБС (артериальная гипертензия, аритмия, стенокардия, инфаркт миокарда, кардиомиопатия), были исключены пациенты с заболеваниями, не относящиеся к сердечно-сосудистой системе.

Таким образом, группы достоверно не отличались друг от друга по полу, возрасту, соматической патологии.

Исследование проводилось в три этапа:

- **I этап** – первичное тестирование пациентов обеих групп с помощью Госпитальной шкалы тревоги/депрессии (HADS), Приложение 1.
- **II этап** – была разработана и внедрена на практике психокоррекционная программа (для основной группы).
- **III этап** – повторное тестирование пациентов обеих групп с помощью Госпитальной шкалы тревоги/депрессии (HADS).

I этап



Рис. 1. Результаты первичного тестирования пациентов с помощью госпитальной шкалы тревоги/депрессии (HADS) до психокоррекции

Вывод: по данным Госпитальной шкалы субклинически выраженная тревога/депрессия в основной группе наблюдалась у 75% пациентов, в группе сравнения у 70% пациентов. Клинически выраженная тревога/депрессия в основной группе наблюдалась у 25% пациентов, в группе сравнения у 30% пациентов (рис. 1). Доминируют: тоска, апатия, тревога, беспокойство. Такой высокий уровень тревожности свидетельствует о субъективно переживаемых эмоциях, которые и определяют доминирующий фон настроения.

II этап

Далее к испытуемым была применена психокоррекционная программа, задачами которой являются:

- коррекция психосоматического состояния пациента для изменения отношения его к болезни;
- нормализация эмоциональных реакций на проявление болезни;
- повышение психологической устойчивости.

В психокоррекционную программу вошли следующие методы: аутогенная тренировка (с привлечением психолога), дыхательная гимнастика (приложение 2), музыкотерапия, ведение дневника. Дополнительно к программе была разработана цветовая таблица «Определение уровня тревожности» (приложение 3). В цветовой таблице предложены 8 цветов, каждый из которых позволяет определить уровень тревожности: высокий уровень (красный), средний уровень (черный, коричневый, серый), низкий уровень (оранжевый, желтый), отсутствие тревоги (синий, зеленый).

Пациентам было предложено ежедневно заполнять таблицу, выбирая цвет, характеризующий их психоэмоциональное состояние. В первые дни до проведения психокоррекционной программы 3 человека выбрали красный цвет, что указывает на высокий уровень тревожности, и 9 человек выбрали коричневый, черный цвета, что указывает на средний уровень тревожности. Пациенты отмечали наличие у них чувства тяжести, беспокойства, жаловались на частые приступы боли и страха.

Далее пациентам было предложено выбрать для себя наиболее приемле-

мый метод психокоррекции. В ходе проведения психокоррекционных мероприятий у пациентов улучшился сон, настроение, снизилось количество жалоб на боль. Эти изменения повлияли на выбор цвета. К моменту выписки для отражения своего состояния исследуемые – 8 человек (66,6%) выбрали синий и зеленый – цвета покоя и равновесия, – это указывает на отсутствие тревоги, и 4 человека (33,3%) выбрали оранжевый и желтый цвета – это указывает на низкий уровень тревожности.

Вывод: таким образом можно утверждать об эффективности применения цветовой таблицы, которая за короткое время может дать полную информацию о психоэмоциональном состоянии пациента. Цветовая таблица проста и удобна в применении, как для медицинских сестер, так и для пациентов.

III этап



Рис. 2. Повторное тестирование пациентов обеих групп с помощью Госпитальной шкалы тревоги/депрессии (HADS) после психокоррекции

По данным Госпитальной шкалы тревоги/депрессии (HADS) в основной группе отмечалось снижение уровня тревоги на 15% и отсутствие тревоги у 85% пациентов, тогда как в группе сравнения изменений не отмечалось (рис. 2).

Вывод: предложенная психокоррекционная программа:

- способствует снижению уровня тревожности;
- влияет на гармонизацию личностных установок на лечение в целях достижения благоприятного эффекта;



- значительно улучшает исход заболевания, способствует ранней реабилитации пациентов, по сравнению с пациентами, которым коррекционные мероприятия не проводились вовсе.

Результаты исследования. На основании проведенного исследования можно утверждать, что сердечно-сосудистые заболевания протекают, в подавляющем большинстве случаев, с тревожными состояниями. Психокоррекционные мероприятия положительно влияют на эмоциональное состояние пациентов, значительно снижают уровень тревожности. Использование в комплексном лечении пациентов с кардиологическими заболеваниями психологической коррекции позволяет в относительно короткий срок изменить отношение к заболеванию, повысить социальную активность пациента, уменьшить или совсем устранить тревожность, оптимизировать внутреннюю картину болезни, что положительно сказывается на результатах проводимой терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ежова Н.Н. Рабочая книга практического психолога. Ростов на Дону: Феникс, 2008. 315 с.
2. Лебедева Л.Д., Никонорова Ю.В., Тараканова Н.А. Энциклопедия признаков и интерпретаций в проективном рисовании и арт-терапии. СПб.: Речь, 2010. 332 с.
3. Осина А.А. Общая психокоррекция. М.: Сфера, 2002. 512 с.
4. Таманов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога. СПб.: СОВА, ЭКСМО 2005. 928 с.
5. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко Н.Е. Психотерапия. Учебник для вузов. СПб.: Питер, 2009. 496 с.

Госпитальная шкала тревоги/депрессии (HADS)

Шкала разработана A.S. Zigmond и Snaith в 1983 году относится к субъективным и предназначена для скринингового выявления тревоги у пациентов. Шкала отличается простотой применения и обработки. Заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента.

Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих две подшкалы: «тревога» и «депрессия». Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответов, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптомов от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность).

При интерпритации данных учитывается суммарный показатель по каждой шкале, при этом выделяют три области значения: 0–7 – «норма», 8–10 – «субклинически выраженная тревога/депрессия», 11 и выше – «клинически выраженная тревога/депрессия».

ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ			
T	Я испытываю напряженность, мне не по себе		Д То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает такое же чувство
	3	Все время	0 Определенно это так
	2	Часто	1 Наверно это так
	1	Время от времени, иногда	2 Лишь в очень малой степени это так
	0	Совсем не испытываю	3 Это совсем не так
T	Беспокойные мысли крутятся у меня в голове		Д Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное
	3	Постоянно	0 Определенно это так
	2	Большую часть времени	1 Наверно это так
	1	Время от времени и не так часто	2 Лишь в очень малой степени это так
	0	Только иногда	3 Совсем не способен
T	Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случится		Д Я испытываю бодрость
	3	Определенно это так и страх очень сильный	0 Совсем не испытываю
	2	Да это так, но страх не очень сильный	1 Очень редко
	1	Иногда, но это меня не беспокоит	2 Иногда
	0	Совсем не испытываю	3 Практически все время
T	Я легко могу сесть и расслабиться		Д Мне кажется, что я стал все делать очень медленно
	3	Определенно это так	0 Практически все время
	2	Наверное, это так	1 Часто
	1	Лишь изредка это так	2 Иногда
	0	Совсем не могу	3 Совсем нет
T	Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь		Д Я не слежу за своей внешностью
	3	Совсем не испытываю	0 Определенно это так
	2	Иногда	1 Я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
	1	Часто	2 Может быть, я стал меньше уделять этому внимание
	0	Очень часто	3 Я слежу за собой так же, как раньше
T	Я испытываю неуверенность, словно мне постоянно нужно двигаться		Д Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения
	3	Определенно это так	0 Точно так же, как и обычно
	2	Наверное, это так	1 Да, но не в той степени, как раньше
	1	Лишь изредка это так	2 Значительно меньше, чем обычно
	0	Совсем не испытываю	3 Совсем так не считаю

Дыхательная гимнастика

Дыхательная гимнастика проводится ежедневно 2 раза в день (утром и вечером).

Общие рекомендации по применению дыхательной гимнастики:

1. Заниматься дыхательными упражнениями в хорошо проветренной комнате.
2. Выполнять упражнения только через 1,5–2 часа после легкой закуски и через 5–6 часов после обеда, а если вы выпили стакан жидкости, приступайте к занятию через 30 минут.
3. Дыхание во время комплекса упражнений должно быть через нос.
4. Начинать дыхательные упражнения необходимо с нескольких общеукрепляющих упражнений для рук, ног и туловища.
5. Необходимо выполнять упражнения, концентрируя внимание на процессе дыхания.
6. Упражнения нужно выполнять осторожно, прислушиваясь к реакции организма.
7. Не напрягать ноздри и мускулатуру лица.

*Упражнения
дыхательной гимнастики*

1. Удлиненный вдох: сядьте удобно, спина прямая. Сделайте медленный вдох через нос и в середине вдоха начните замедлять его темп. Затем без задержки сделайте сравнительно быстрый выдох. Далее

увеличьте соотношение между вдохом и выдохом (вдох – 15 секунд, выдох – 6 секунд, затем 20:8).

2. Удлиненный выдох: в сидячей позе сделайте вдох и без паузы длинный, медленный выдох. Соотношение в начале занятий должно быть 2:12, т. е. вдох длится 2 секунды, а выдох – 12. При этом выдох распределяется следующим образом: 4 секунды – обычный вдох, 8 секунд – удлиненный.

3. Брюшное дыхание: с выдохом втянуть брюшную стенку, затем медленно сделать вдох через нос, освобождая диафрагму, брюшная стенка на вдохе выпячивается вперед, и нижние части легких заполняются воздухом; на выдохе вновь брюшная стенка втягивается внутрь, изгоняя воздух из легких через нос. При брюшном дыхании наполняются только нижние доли легких, поэтому волнообразное движение производится животом, в то время как грудь остается неподвижной. Формула психорегуляции: «Мой внутренний взор на солнечном сплетении, при брюшном дыхании массируются все внутренние органы, улучшается кровоснабжение и функции органов пищеварения, понижается кровяное давление, облегчается работа сердечной мышцы».

4. Среднее дыхание: после выдоха сделать медленный вдох через нос, расширяя ребра, на выдохе сжать ребра, изгоняя воздух через нос. Наполняются средние доли

легких. Живот и плечи неподвижны. Формула психорегуляции: «Мое внимание на грудной клетке, улучшается кровоснабжение и функции печени, желчного пузыря, желудка, селезенки и почек, облегчается работа сердечной мышцы».

5. Верхнее дыхание: после выдоха медленно сделать вдох через нос. Поднимая ключицы и плечи и наполняя воздухом верхние доли легких, на выдохе медленно опустить плечи и изгонять воздух из легких через нос. Живот и грудь неподвижны. Формула психорегуляции: «Мое внимание на верхушках легких, улучшается кровоснабжение и вентиляция их».

6. Полное дыхание: после выдоха сделать медленный вдох через нос, считая до 7-ми, соединяя нижнее, среднее и верхнее дыхание в волнообразное движение: сначала втягивать живот, потом ребра, опустить плечи, воздух выпустить через нос, между вдохом и выдохом можно сделать кратковременную задержку. Формула психорегуляции: «Мое внимание на себе, успокаивается нервная система, нормализуется кровяное давление, успокаивается ритм сердцабиения, стимулируется пищеварение, вентилируются все доли легких, повышается обеспечение организма и тканей кислородом. Я чувствую спокойствие и уверенность в себе».

Эти упражнения хорошо влияют на нервную систему, помогают избавиться от меланхолии и депрессии.

Цветовая таблица «Определение уровня тревожности»

Кардиологическое отделение _____

		(Ф.И.О.)																																
		Месяц																																
Число		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
желтый																																		
оранжевый																																		
зеленый																																		
красный																																		
синий																																		
серый																																		
коричневый																																		
черный																																		

Интерпретация

Красный – эмоциональное напряжение или опасность. Вызывает возбуждение, волнение и беспокойство, усиливает нервное напряжение, повышает уровень тревоги. Он вызывает стимулирующие действие на двигательные функции и процесс принятия решений, а также провоцирует импульсивное поведение. Цвет активности и действия (высокий уровень тревожности).

Черный – это самый темный цвет. Черный – это абсолютная граница, где кончается жизнь. Производит сильное угнетающее и тормозящее действие. Это символ неприятия окружающей действительности, стремление к конфликту и агрессии. Символ душевного кризиса, тупика, разочарования (средний уровень тревожности).

Коричневый – вызывает чувство тяжести, давления, угнетает, усиливает ипохондрическую настроенность (средний уровень тревожности).

Серый – это нейтральность. Тот, кто выбирает этот цвет, не желает выдавать себя и хочет оградить от всех влияний, чтобы не раздражаться (средний уровень тревожности).

Желтый – это самая яркая, светлая краска, и она воздействует легко и живо. Желтый повышает вегетативные функции: кровяное давление, частоту пульса и дыхания. Символизм желтого строится на тех основах и ощущениях, которые он вызывает – тепло и энергия, свет и легкость (низкий уровень тревожности).

Оранжевый – это цвет радости, бурных эмоций, ярких впечатлений и надежд (низкий уровень тревожности).

Зеленый – самый спокойный цвет. Он никуда не движется, не имеет призвука радости, печали, страсти. Повышает тонус и успокаивает, создает ощущение отдыха. Самый уравновешенный и спокойный цвет из всех цветов спектра – никуда не зовет, ничего не требует (отсутствие тревожности).

Синий – основные психофизиологические свойства – успокоение. Вызывает физиологические эффекты: уменьшает частоту дыхания, пульс, удлиняет вдох и релаксирует тело. Уменьшает чувство боли, снимает мышечное напряжение (отсутствие тревожности).



НАШ ДЕВИЗ: УМЕНИЕ, ТЕРПЕНИЕ. СОСТРАДАНИЕ



Л.В. Мартынюк,

старшая медицинская сестра
отделения хирургии № 2 ФГБЛПУ
«Научно-клинический центр охраны
здоровья шахтеров», г. Ленинск-
Кузнецкий, Кемеровская область

В сентябре 2013 года Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров отметил свой 20-летний юбилей.

Безусловно, этот праздник связывает всех сотрудников центра, особенно тех, кто работает со дня его основания.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» в г. Ленинске-Кузнецком Ке-

меровской области построен в 1993 году для оказания специализированной медицинской помощи работникам угольных предприятий Кузбасса и членам их семей.

С 1993 года руководит центром заслуженный врач РФ, академик РАЕН, доктор медицинских наук, профессор Агаджанян Ваграм Ваганович.

Сегодня центр является крупнейшим в России лечебным, научным и учебным медицинским учреждением, где настойчиво воплощается передовой отечественный и зарубежный опыт работы по снижению заболеваемости среди жителей угледобывающих регионов.

Все эти годы центр активно развивался и расширялся. Применение передовых высоких технологий и постоянная модернизация оборудования, совершенствование кадрового состава, успешное совмещение лечебной, научной и образовательной деятельности, разработка новых методов диагностики и лечения, наличие собственных программ – все это с каждым днем повышает конкурентоспособность центра, выделяет его среди других клиник и привлекает пациентов с различных регионов Западной и Восточной Сибири.

Современный клинический комплекс имеет 26 клинических отделений, поликлиники для взрослых и детей на 1000 посещений в смену, протезный комплекс, профпатологический центр, патологоанатомическое отделение, а также бригаду постоянной готовности областного центра медицины катастроф. На территории центра имеется вертолетная площадка для экстренного принятия пострадавших.

В настоящее время в центре работают 1566 человек, из них 215 врачей, 675 медицинских сестер, из числа которых трое имеют высшее сестринское образование.

Современные медицинские сестры работают по новому: расширен объем их функциональных обязанностей, повысилась степень ответственности за пациента и качество оказанных медицинских услуг. Это грамотные, думающие специалисты, способные самостоятельно принимать решения в пределах своей компетенции. Все медсестры постоянно пополняют свой багаж знаний, обучаясь, осваивая и внедряя новейшие технологии в профессии. Кроме того, становятся не только участниками, но и победи-



Медицинские сестры Астраханской и многих других региональных организаций медицинских сестер искренне благодарят коллег из Кемерово и лично Дружинину Тамару Васильевну, президента Кемеровской профессиональной ассоциации. В течение 2013 года Тамара Васильевна приняла не одну делегацию руководителей сестринских служб, чтобы поделиться практическим и организационным опытом, методическими разработками, успешными проектами реорганизации сестринских служб. «Школа передового опыта», а именно такое звание было присвоено Кемеровской ассоциации, всегда готова к активному сотрудничеству с сестринскими ассоциациями.

телями многочисленных конкурсов профессионального мастерства, авторами научных работ, участниками научно-практических конференций. Разрабатываются и внедряются технологии простых медицинских услуг. Одним из способов повышения профессионализма и качества работы специалистов со средним медицинским образованием является проведение ежегодных конкурсов «Лучший по профессии». В целях улучшения организации и качества работы сестринских служб, повышения квалификации среднего и младшего медицинского персонала в клиническом центре работает совет старших медицинских сестер. Проводится комплекс эффективных мероприятий по сохранению кадрового потенциала специалистов со средним медицинским образованием:

- внедрена и реализуется накопительная система часов при повышении квалификации, при этом наш регион является первым «пилотным» объектом по внедрению данной системы;
- в целях трудоустройства выпускников проводятся мероприятия по выбору студентами будущего места работы, закреплению молодого специалиста на рабочем месте;
- внедрена и постоянно усовершенствуется система аттестации специалистов со средним и высшим медицинским образованием для получения квалификационной категории;
- восстановлен институт наставничества.

На сегодняшний день в нашем центре 371 специалист является членом профессиональной ассоциации медицинских сестер Кузбасса – благодаря этому мы ощущаем себя в авангарде перемен, активно идем на организаци-

онные эксперименты и с удовлетворением видим их результаты.

Эффективность оказания медицинской помощи напрямую зависит от применения как инновационных, так и традиционных организационных сестринских технологий, технологий ухода, от профилактики заболеваний, их диагностики и лечения. Внедрение общепринятых во всем мире стандартов по изготовлению медицинских марлевых салфеток, это серьезный шаг в улучшении качества лечения. В нашей клинике медицинские сестры давно не занимаются изготовлением марлевых салфеток вручную – мы используем современные расходные материалы и рады тому, что администрация учреждения финансово поддерживает такие закупки.

Согласно разработанных технологических протоколов ПМУ, в ЦСО центра комплектуются индивидуальные перевязочные и операционные наборы, в зависимости от потребности отделения и сложности планируемых манипуляций и операций.

Пациенты, видя индивидуальную стерильную упаковку, с большим доверием относятся к проводимым манипуляциям.

Для обработки рук используем индивидуальный карманный антисептик, в каждом кабинете и на посту установлены локтевые дозаторы жидкого мыла и антисептика.

Для устранения экономических потерь без ущерба в оказании качественной медицинской услуги в 2001 году в центре была разработана и внедрена система персонифицированного обеспечения пациентов лекарственными средствами, что позволило контролировать использование медикаментозной терапии в соответствии с лекарст-

венным формуляром центра. На базе отделения реанимации и интенсивной терапии создана централизованная служба наркотиков, с целью осуществления деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и сильнодействующих препаратов.

Центром разработана программа, направленная на улучшение больничной среды, предоставлен уникальный сервис для пациентов: комфортабельные палаты, кулинарный ассортимент включает возможность выбора блюд по вкусу пациентов, большой выбор

научной и художественной литературы в библиотеке, полный комплекс физиотерапевтического лечения.

Взрослые и дети, находящиеся на лечении в стационаре, с удовольствием прогуливаются по парку, вдыхая свежий воздух, наслаждаясь красотой природы, получая немало положительных эмоций, любуются белками-телутками, которые содержатся в специально оборудованном вольере.

За 20-летний период существования Научно-клинического центра охраны здоровья шахтеров в его стенах сложилось уже 26 трудовых династий, 12 из

которых – медицинские. На территории центра открыты фонтаны: «Наши руки», «Эрмитаж», «Время», 20 ступеней которого символизируют 20 пройденных в развитии центра лет.

Каждый день мы спешим на работу, спешим увидеть ставшие родными лица коллег, спешим на помощь таким же родным пациентам. Продуманное управление клиникой и формирование единой слаженной команды стали в нашем случае рецептом настоящего успеха и принесли каждому специалисту учреждения счастье полноценной профессиональной реализации.

Стоматологическое сообщество медицинских сестер и гигиенистов в Архангельске

По инициативе Ассоциации медицинских работников Архангельской области (АМРАО) 3 октября 2013 года в ходе Итоговой научной сессии Северного государственного медицинского университета (СГМУ) и Северного Научного центра Северо-Западного отделения РАМН «Северная стоматологическая школа: к 55-летию стоматологического факультета СГМУ» состоялась секция медицинских сестер и гигиенистов. Модератором от АМРАО была выбрана Наталья Вячеславовна Котцова, главная медицинская сестра ГБУЗ АО «Архангельская стоматологическая поликлиника № 1».

Участниками секции стали медицинские сестры и гигиенисты ведущих стоматологических поликлиник Архангельска, а также студенты стоматологического факультета СГМУ, заинтересовавшиеся в сотрудничестве с учреждениями, которые являются клиническими базами ряда кафедр.

С приветственным словом на конференции выступила и.о. ректора СГМУ, профессор, д. м. н. Любовь Николаевна Горбатова, поздравившая присутствующих. Она отметила, что секция стоматологических медицинских сестер и гигиенистов впервые участвует в юби-



лейной научно-практической конференции вуза. За годы развития архангельской стоматологии произошли значительные изменения. Сестринский персонал, от которого во многом зависит качество и эффективность стоматологических услуг, играет одну из ведущих ролей в решении задач медико-социальной помощи населению. За последние два десятилетия значительно расширился спектр деятельности медицинских сестер в стоматологии. Профессор Л.Н. Горбатова отметила актуальность такой специальности, как ги-

гиенист стоматологический, а в заключение выступления подчеркнула важность сотрудничества Ассоциации медицинских работников Архангельской области с Ассоциацией стоматологов и СГМУ.

Руководители стоматологической поликлиники № 1 – главный врач Н.А. Байдаков и заместитель главного врача по медицинской части Г.М. Патаржинская также отметили рост квалификации сестринского персонала как отдельно взятого их учреждения, так и в целом.

Приветствующие отметили и тот факт, что медицинские сестры приняли активное участие в подготовке секции по истории стоматологии, где были представлены уникальные исторические кадры. Во многом это заслуга президента АМРАО А.В. Андреевой, являющейся директором музейного комплекса СГМУ и активно расширяющей исследования по истории медицины в отношении многих специальностей. Удачное сотрудничество сестринского персонала со студентами и сотрудниками СГМУ безусловно способствует данной работе.

Всего на секции было представлено 9 докладов и мастер-класс по упаковочным материалам для воздушной и паровой стерилизации стоматологических инструментов.

Традиционно, первый доклад был посвящен истории сестринского дела. Особенности его развития в стоматологии отразила в своем исследовании главная медицинская сестра стоматологической поликлиники № 1 Н.В. Котцова, осуществившая большую работу по сбору и анализу архивных данных и фото. Участники секции с ностальгией вспоминали своих учителей и наставников, отметив важность подобных исследований.

Другие сообщения касались различных аспектов сестринской практики в стоматологии. Так, поднимались вопросы повышения квалифика-



ции сестринского персонала, особенности сестринской деятельности в связи с введением новых технологий стоматологической помощи, обсуждалась непростая роль медицинской сестры на ортопедическом приеме. Участники рассмотрели вопросы подготовки гигиенистов, их роли в профилактике заболеваний полости рта, активной работы с пациентами. Большое внимание вызвало сообщение Н.Н. Прудниковой об исследовательской работе, касающейся изучения вредных привычек стоматологических медицинских сестер и внедрения профилактической ра-

боты с персоналом в поддержку здорового образа жизни.

Медицинские сестры стоматологического профиля – активисты АМРАО – получили благодарственные письма и памятные подарки. Всем участникам секции были вручены сертификаты и информационные папки.

Многие успешные врачи сегодня отмечают, что в стоматологии, как и во многих других направлениях медицины, опытные медицинские сестры нередко являются наставниками для молодых врачей. Об этом с благодарностью говорили участники конференции при обсуждении секции.



Всемирный день борьбы с раковыми заболеваниями (World Cancer Day), отмечаемый 4 февраля, – это ежегодное мероприятие, организуемое Международным противораковым союзом с 2005 года. Цель этого дня – привлечь внимание общественности к этой глобальной проблеме, напомнить о том, насколько опасны и распространены сейчас онкологические заболевания. Каждый год, начиная

с 2008, обозначен определенной темой. Например, темами 2008 и 2009 годов стали, соответственно, слова: «Создать детям и молодежи окружающую среду без табачного дыма» и «Поощрять энергетически сбалансированный стиль жизни, основанный на правильном питании и физической активности». Темой 2010 года стали слова: «Получать знания о вакцинах против вызывающих рак вирусов (например, вакцина HBV)»; темой 2011 года – «Обучать детей и подростков избегать облучения ультрафиолетовым излучением, исходящим от солнца». Темой 2013 года стали слова: «Рак. Вы знали?», которые отразили необходимость развеивать мифы и необоснованные суждения о раковых заболеваниях, а также закреп-

пить правильное понимание проблемы и проведение профилактических мер. Девиз Всемирного дня борьбы с раком в 2014 году – «Развенчать мифы», отчасти продолжит начатую в 2013 году информационную кампанию. Люди должны знать, что многие распространенные мнения о раке в корне неправильны, а среди них такие: «О раке не стоит говорить», «Рак... у него нет признаков и симптомов», «С раком ничего нельзя поделаться» и «У меня нет права на противораковую помощь». Таким образом, благодаря информационной кампании люди должны узнать правду об этом заболевании из уст профессионалов. Знания – это, как известно, сила. А значит, общество станет сильнее в противостоянии этой болезни!

Прививочный день «деревенского доктора»

■ **Николай Монастырный,**
журналист интернет-газеты
Гатчинка.рф

По коридорам Веревской поселенческой амбулатории разносятся вопли. Вопли протеста, негодования и возмущения. Возмущаются маленькие пациенты, которых мамы привели и принесли «на уколы». В амбулатории – прививочный день: дошколятам делают профилактические инъекции. Руководит процессом фельдшер Надежда Корчмова. Или, как называют фельдшера на селе, «деревенский доктор».

Впрочем, саму Надежду Александровну селянкой можно назвать с большой натяжкой. В 1978 году она закончила медучилище при Боткинской больнице в Москве, а спустя два года переехала в Гатчину. Как говорится, по семейным обстоятельствам. Работала в тогдашней гатчинской ЦРБ участковой медсестрой врача общей практики, инструктором по лечебной гимнастике. С 1997 года трудится в Веревской амбулатории. А семь лет назад Надежда Корчмова повысила квалификацию в одном из питерских медучилищ и получила диплом фельдшера. Так местные жители получили своего «деревенского доктора», который оказался и швец, и жнец, и на дуде игрец.

– В настоящее время я выполняю обязанности врача общей практики, – поясняет Надежда Александровна. – Первую половину дня веду приём взрослых и детей в амбулатории, провожу осмотр, назначаю лечение. В сложных случаях даю направление на обследование в ЦРКБ. А затем выезжаю на вызовы по домам. Так что на одном месте засидеться не удаётся.

Совершенно справедливое замечание. Когда-то был фельдшерско-акушерский пункт в Романовке. Его не стало. Несколько лет назад закрылся ФАП в Зайцево. И на сегодняшний день 8 работников амбулатории обслуживают пять с половиной тысяч жителей



поселения! Поневоле станешь много-много станочником.

10:05. Шестилетний Денис пришёл с мамой на профилактический осмотр и держится бодро. Его уколы не страшат. Фельдшер Корчмова проверяет язык, прослушивает лёгкие, заполняет карточку мальчика, попутно давая советы молодой маме. В процедурной Денис стоически переносит укол под лопатку. А вот на прививку в руку мужа уже не хватает, и коридор амбулатории оглашается плачем страдальца – больно.

– Летом работать легче, – признаётся «деревенский доктор». – Мы принимаем, в среднем, 20–25 человек в день. Видимо, все по дачам разъезжаются. А вот зимой гораздо сложнее, число пациентов доходит до полусотни. Так и работаем – от темна до темна.

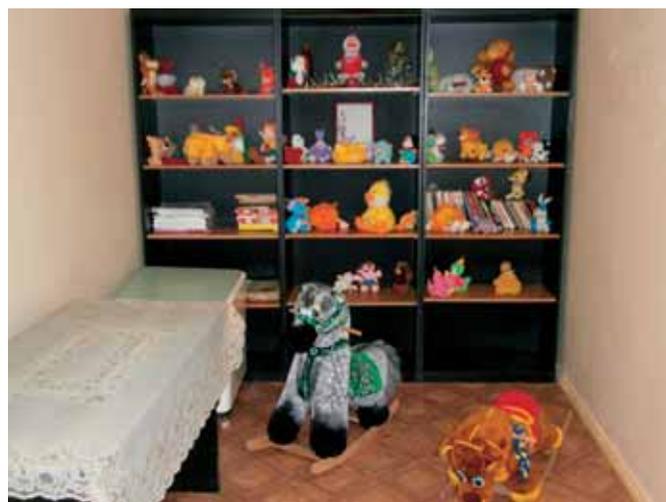
К слову, на сегодняшний день в амбулатории практически нет врачей. А ещё в прошлом году их было трое. Три специалиста по разным причинам покинули лечебное учреждение. Положение пока спасает всеми любимым молодой интерн Александр Чувасов. Но у него на днях заканчивается интернатура, и в июле Александр Станиславович наденет солдатские погоны. «Не думаю, что он сюда вернётся после

службы в армии», – посоветовала Надежда Александровна.

10:18. Полторагодовалая Таисия заявила о своём присутствии ещё в коридоре. Ребёнок бодрый, сама топает по ступенькам, понимает, что ей говорят, и выговаривает уже два десятка слов. Однако при виде тётки в белом халате Таисия наотрез отказывается взвешиваться, не говоря уже о прививке. Возмущение ребёнка столь велико, что его рёв мог бы заглушить самолётный двигатель. Однако усилиями мамы и фельдшера дело доведено до логического конца, и юная Таисия привита от кори и дифтерии.

Впрочем, в амбулатории ожидают прибытия врача общей практики. Это молодая семья, которой районная больница предоставляет квартиру. Хотя на общей ситуации это отразится несильно: вакансии есть, а врачей нет. И в немалой степени усугублению этой ситуации способствует низкая зарплата персонала. Так, у фельдшера Корчмовой она составляет 15 тысяч рублей. «Грязными». Без переработок. Но после повышения.

– Особенность нашей работы заключается в контакте с людьми, – констатирует Надежда Александровна. – Мы являемся низовым звеном в системе здравоохранения, и со всеми



своими болячками и проблемами люди приходят к нам. И приходят совершенно разные люди. Бывает, что и сам пациент находится «на взводе», и нас «заводит».

Одним словом, приходится медикам амбулатории держать себя в руках, а нервные клетки, как известно, не восстанавливаются. Да и с окончанием рабочего дня работа фельдшера не заканчивается. «Нас же все знают», – улыбается Надежда Александровна. Звонят жители по телефону – консультируются, встречаются на улице – уточняют курс лечения. Никому «деревенский доктор» не отказывает.

Существует между амбулаторией и людьми своеобразная обратная связь. К примеру, жители Верево, по мере

взросления своих детей, повадились отдавать их игрушки в лечебное учреждение. Так возник любопытный детский уголок, где нынешние малыши в ожидании сеанса физиотерапии не скучают, а играют и развлекают сами себя. Так сказать, совмещают приятное с полезным.

11:05. «Не надо мне укол!» – категорично заявляет трёхлетняя Милана. На просьбу открыть рот и показать язык девочка также отвечает отказом: «Мне щекотно и я кашляю».

– Горлышко хорошее, – отмечает фельдшер Корчмова.

Амбулатория в Верево напоминает поликлинику в миниатюре. Здесь есть всё необходимое для оказания первой помощи и амбулаторного лечения.

Даже стоматолог и акушерка. А вот с обеспечением медикаментозными средствами, по словам Надежды Александровны, дело обстоит неважно. Как и с проведением широко разрекламированной диспансеризации населения. В амбулатории она просто не ведётся. Почему? Опять же из-за нехватки специалистов. Вот уж воистину, умом Россию не понять: вузов – пруд пруди, а работать некому.

Прививочный день в амбулатории подошёл к концу. Фельдшер Корчмова приняла два десятка пациентов, из которых 13 – веревские малыши. Им уже не грозит корь, свинка, краснуха или дифтерия. А «деревенский доктор» спешит в дорогу – её помощи ждут деревенские жители.

Международный день охраны здоровья уха и слуха. По мнению медиков, около половины всех случаев глухоты и прочих нарушений слуха можно предотвратить, устранив причины их развития. 3 марта Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) учредила специальный день, посвященный охране здоровья уха и слуха. Предполагается, что в этот день медицинские и волонтерские организации в разных странах должны проводить мероприятия, направленные на то, чтобы повышать осведомленность населения о возможных проблемах, связанных со слухом. На сегодняшний день потеря слуха считается самой распространенной сенсорной фор-

мой инвалидности в мире. По данным ВОЗ, от глухоты и нарушений слуха страдают более 275 миллионов человек. Основными причинами глухоты и



тугоухости (неполной потери слуха) называют хронические инфекции уха, ряд заболеваний: краснуха, корь, свинка, менингит, – а также воздей-

ствии некоторых лекарственных препаратов и вредных факторов окружающей среды, в первую очередь, шума. По мнению медиков, около половины всех случаев глухоты и прочих нарушений слуха можно предотвратить, устранив причины их развития. В числе профилактических мер чаще всего называют иммунизацию населения, охрану здоровья матери и ребенка, обеспечение гигиены труда. Кроме того, врачи дают советы родителям. В частности, рекомендуется следить, чтобы в уши ребенка не попадала грязная вода; не шлепать ребенка, особенно по ушам; обучать детей не вставлять в уши посторонние предметы.



Matoset

Наборы для проведения медицинских манипуляций и процедур:

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

Преимущества использования стерильных наборов Matoset:

■ безопасность

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

■ комфорт в работе

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

■ ЭКОНОМИЯ

снижение затрат:

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



БЕЗОПАСНОСТЬ И КОМФОРТ В РАБОТЕ

ПРОЦЕДУРНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ – НОРМАТИВЫ РАБОТЫ

Здравствуйтесь, я процедурная медицинская сестра в терапевтическом отделении районной больницы. Меня интересует следующий вопрос – наше отделение увеличивают до 38 коек, а на процедурную положено 30, имею ли я право просить доплаты за 8 вводимых коек сверх нормы?

Ассоциация медицинских сестер России, рассмотрев Ваше обращение по существу поставленных в нем вопросов, сообщает следующее.

Согласно ст.ст. 160–162 Трудового кодекса Российской Федерации (далее – ТК РФ) нормы труда (нормы выработки, времени, нормативы численности и другие нормы) устанавливаются локальными нормативными актами, принимаемыми работодателем с учетом мнения представительного органа работников. Для однородных работ могут разрабатываться и устанавливаться типовые (межотраслевые, отраслевые, профессиональные и иные) нормы труда. О введении новых норм труда работники должны быть извещены не позднее, чем за два месяца.

Учитывая приведенные положения ТК РФ, норма труда для процедурной медицинской сестры в терапевтическом отделении районной больницы может быть утверждена приказом Минздрава РФ, а в случае, если единый норматив не устанавливался, то – локальным нормативным актом работодателя.

Также следует учитывать, что:

- ст. 56 ТК РФ возлагает на работодателя обязанность обеспечить работнику условия труда, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами и трудовым договором;
- ст. 60 ТК РФ запрещает требовать от работника выполнения работы, не обусловленной трудовым договором, за исключением случаев, предусмотренных ТК РФ и иными федеральными законами.

Таким образом, для решения вопроса о количестве коек, которые должна обслуживать процедурная медицинская сестра в Вашем учреждении, необходимо ознакомиться с соответствующим локальным нормативным актом учреждения, в котором Вы работаете. При этом такой локальный нормативный акт должен быть утвержден работодателем с учетом мнения представительного органа работников, и администрация не имеет права отказать Вам в его предоставлении.

В случае, если норматив для процедурной медицинской сестры терапевтического отделения в Вашем учреждении установлен в количестве коек на отделении и составляет 30 коек, как Вы указываете в своем письме, то увеличение количества обслуживаемых процедурной медицинской сестрой коек до 38 является дополнительной работой, которую работодатель может поручить работнику только с его согласия и за дополнительную плату. В соответствии со ст. 151 ТК РФ при совмещении профессий (должностей), расширении зон обслуживания, увеличении объема работы или исполнении обязанностей временно отсутствующего работника без освобождения от работы, определенной трудовым договором, работнику производится доплата. Размер доплаты устанавливается по соглашению сторон трудового договора с учетом содержания и (или) объема дополнительной работы (статья 60.2 ТК РФ).

*Президент ассоциации
медицинских сестер России
В.А. Саркисова*

АЛГОРИТМ ОН-ЛАЙН ОБЩЕНИЯ

Уже более двух лет на сайте РАМС функционирует форум, где медицинские сестры могут находить ответы на актуальные практические и юридические вопросы, обмениваться опытом и вносить предложения в работу общественных организаций. К общению приглашаются все специалисты отрасли!

Для участия необходимо выполнить несколько простых действий.

1. Зайдите на сайт РАМС <http://www.medsestre.ru/>

2. Кликните на раздел ФОРУМ

3. Кликните окно РЕГИСТРАЦИЯ

4. Появится текст, в котором описаны условия работы форума. Вам необходимо подтвердить своё согласие со следующими условиями – кликнуть окно Я СОГЛАСЕН С ЭТИМ УСЛОВИЯМИ

5. Строка Имя пользователя (имя пользователя должно быть от 3 и до 20 знаков) – в разделе укажите имя, под которым Вас

будут видеть на страницах форума. Имя должно быть узнаваемым и отличаться от бессмысленного набора букв присылаемых спамом или другим сомнительным контентом.

- Укажите Адрес email, на который придет подтверждение о регистрации. Однако помните, что если ранее Вы для регистрации уже использовали адрес данного почтового ящика, то автоматическая система не позволит его использовать повторно для нового имени пользователя.

- В следующей строке подтвердите email

- Далее – придумайте и введите пароль (должен быть от 6 до 100 знаков), запишите его себе на память!

- Подтвердите новый пароль

- Выберите язык – русский

- Выберите часовой пояс удобный для Вас

- Ответьте на вопрос антиспама – Как называется наша планета? Выберите ответ из предложенных вариантов (Марс, Земля) и кликните на него.

6. Для предотвращения спам-регистраций требуется ввести код подтверждения. Код показан на картинке с рисунками (часы, ножницы, книга, сердце, нота), которая расположена ниже текста.

- Перетащите указанный в тексте предмет-картинку в кружок, расположенный несколько правее этих картинок.

- Кликните ОТПРАВИТЬ

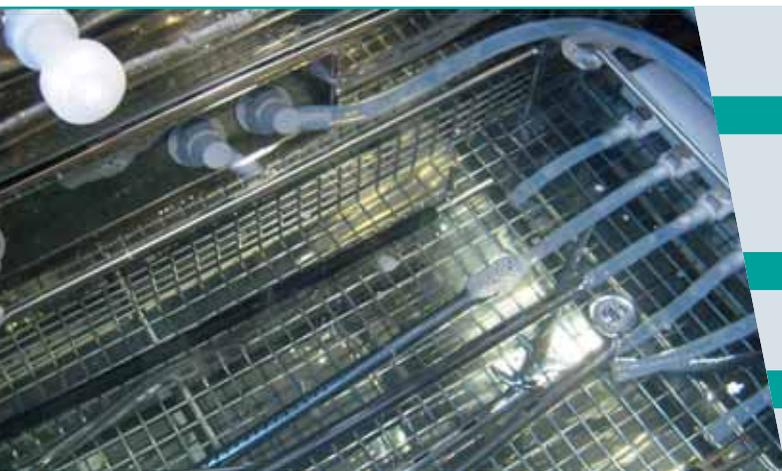
- Ваше сообщение поступает к администратору форума, который смотрит профиль пользователя и активирует (пропускает) или в случае возникающих сомнений не активирует (блокирует) учётную запись.

Уважаемые коллеги, до скорой встречи на страницах форума РАМС. Нам есть что обсуждать и современные технологии дают людям такую возможность.

ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННАЯ ОЧИСТКА И ДЕЗИНФЕКЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ

IND 6427 VPD

НАСТОЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ УСТРОЙСТВО
С ФУНКЦИЕЙ ПРОМЫВКИ КАНАЛОВ



Предназначено для использования в хирургических отделениях, оперативно решает вопрос предстерилизационной очистки сложного инструмента

Встроенные коллекторы для промывки позволяют обрабатывать **до 12 полых инструментов одновременно**

Для удобства перемещения внутри рабочей зоны комплектуется тележкой из нержавеющей стали

Предназначена для использования в хирургических отделениях, требующих большого потока инструмента

Полная автоматизация процесса, исключение человеческого фактора при работе устройства. Включает следующие автоматизированные стадии: заполнение водой, дозирование моющего средства, орошение, промывка, слив.

Встроенные коллекторы для промывки позволяют обрабатывать **до 24 полых инструментов одновременно**

HYGEA 5000

ПОЛНОСТЬЮ АВТОМАТИЧЕСКАЯ
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ УСТАНОВКА С ФУНКЦИЕЙ
ПРОМЫВКИ КАНАЛОВ СТАЦИОНАРНО
ПОДКЛЮЧАЕТСЯ К ВОДЕ И СЛИВУ



В МОДЕЛЯХ:

- Эффективность очистки сложного инструмента достигается сочетанием ультразвукового воздействия и системы промывки внутренних каналов инструмента
- Возможно одновременно обрабатывать инструменты с внутренними каналами и другие распространенные хирургические инструменты
- Комплектуются набором соединительных адаптеров типа «Люэр» и трубок для очистки промывкой внутренних полостей широкого спектра как лапараскопического, так и стандартного инструмента



bozon

Произведено Ultrawave (Великобритания)
Дистрибьютор: ООО «БОЗОН», Москва.

Тел/факс: +7 (495) 937 33 97
+7 (495) 937 33 98

E-mail: info@bozon.ru
www.bozon.ru

КАЧЕСТВО - ВЫШЕ ЦЕНЫ

ПЕДИКУЛИЦИДНЫЕ СРЕДСТВА

Медилис-**СУПЕР**

24% ФЕНТИОН

Медилис-**ПЕРМИФЕН**

4% ПЕРМЕТРИН + 16% ФЕНТИОН

Медилис-**МАЛАТИОН**

40% МАЛАТИОН

Медилис-**Био**

ГВОЗДИЧНОЕ МАСЛО

Медилис-**И**

5% ПЕРМЕТРИНА



- ГОЛОВНОЙ ПЕДИКУЛЕЗ
- ПЛАТЯНОЙ ПЕДИКУЛЕЗ
- ЛОБКОВЫЙ ПЕДИКУЛЕЗ
- ДЕЗИНСЕКЦИЯ ПОМЕЩЕНИЯ
ОТ ВШЕЙ И ЧЕСОТОЧНЫХ КЛЕЩЕЙ



Лаборатория
МЕДИЛИС

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