ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

медицинских сестёр России

Nº 1/15 2014





Из Москвы в Тель-Авив за опытом развития сестринских служб



Исследования – ключ к успеху в развитии сестринской помощи во фтизиатрии



Эргономика: современные технологии в помощь медицинской сестре



МРОРОВИ



HET, если Вы используете Scope Buddy®

Устройство для автоматической обработки каналов эндоскопа



■ По убеждению Ассоциации, медицинские сестры – бакалавры должны укрепить главный фронт медицинской помощи – первичное звено.

Уважаемые коллеги и читатели «Вестника»

По традиции в первом выпуске Вестника мы рассматриваем тему профессионального праздника медицинских сестер, предложенную Международным Советом – «Медицинские сестры: движущая сила перемен, жизненно важный ресурс в поддержку здоровья». Этот девиз всеми своими действиями поддерживает как Ассоциация медицинских сестер России, так и многочисленные региональные организации в ее составе. Мы стремимся к переменам в профессии, поддерживаем расширение роли медицинской сестры, стремимся к тому, чтобы лидерство, научные исследования, повышение качества медицинской помощи стали отличительными чертами современного сестринского дела.

Примером тому стала Всероссийская конференция для медицинских сестер операционных отделений и отделений стерилизации, состоявшаяся в конце прошлого года, о которой мы рассказываем на страницах этого выпуска Вестника. Подтверждением нашего стремления к переменам является и активная работа с медицинскими сестрами противотуберкулезной службы, в частности, организованный в конце прошлого года сестринский симпозиум, прошедший в рамках Конгресса фтизиатров России. Здесь участники международного проекта РАМС делились с большой аудиторией первыми результатами своей исследовательской работы, акцентировали внимание на огромном потенциале сестринского персонала в обеспечении лечебного процесса, приверженности лечению, инфекционной безопасности.

Слишком часто мы сами склонны считать, что сестринская практика в России существенно отстает от достижений наших зарубежных коллег. Тем не менее, есть убедительные примеры того, что нам есть чем поделиться со специалистами других стран. Совсем недавно по инициативе Всемирной Организации

Здравоохранения началось формирование Европейской базы данных примеров передовой сестринской практики. Со стороны РАМС и региональных организаций в эту общеевропейскую базу данных были представлены пять примеров организации помощи – в первичном секторе, при оказании хирургической помощи, лечении ТБ и ВИЧ.

Работая над этими примерами, мы могли убедиться, что медицинские сестры разных российских регионов являются агентами перемен и способны вносить вклад в повышение доступности и качества помощи. Например, в Самарской области медицинские сестры взяли на себя значительный объем работ в первичном секторе здравоохранения – самостоятельный прием пациентов, ведение отдельных категорий пациентов с хронической патологией эти действия позволили не просто механически искоренить очереди в поликлиниках, а дали качественный результат в виде сокращения инсультов, инфарктов, госпитализаций пациентов в стационары. В Тольяттинском противотуберкулёзном диспансере была расширена роль медицинских сестер отделения ТБ/ВИЧ, теперь пациенты получают скоординированную и более эффективную помощь, пациенты своевременно обеспечиваются всеми необходимыми лекарственными препаратами. Медицинские сестры Омской области, взяв за основу результаты своего исследования, внедрили перемены в оказание ухода пациентам с ампутированными конечностями. Ранняя физическая активность помогает в снижении медикаментозной нагрузки и ранней реабилитации больных.

В поддержку прогрессивных перемен Ассоциацией запланированы не только общероссийские семинары и конференции, но и целый ряд межрегиональных мероприятий. Стратегия РАМС в 2014 году будет опираться на расширение границ передового опыта внутри страны. Мы уже неоднократно убежда-

лись в том, что сильные общественные организации как раз-таки и являются основным двигателем перемен – они инициируют и поддерживают реализацию практически значимых проектов. Такой опыт есть не в каждом регионе, многим требуется поддержка в становлении общественного движения. Для реализации этой задачи Ассоциация будет проводить выездные мероприятия и делиться с лидерами профессии и медицинскими сестрами на местах своими лучшими наработками.

В центре внимания Российской ассоциации также будут и вопросы сотрудничества с Министерством здравоохранения. Мы уже нашли понимание в вопросах стандартизации, есть уверенность в том, что теперь в этом направлении работа будет налажена и нам удастся завершить начатое, разработав стандарты по различным специальностям. Следующая ответственная задача – это определение роли специалистов нового поколения - бакалавров, первый выпуск которых состоится совсем скоро, уже в 2015 году. Ассоциация настаивает на том, что бакалавриат должен стать базовым образованием для всех медицинских сестер – именно за этим будущее российского здравоохранения. Что же касается первых поколений выпускников, то, по нашему убеждению, необходимо укрепить с помощью таких кадров главный фронт медицинской помощи первичное звено. Мы уверены, что в случае разительных перемен в первичном секторе - повышения доступности и качества услуг, медицинские сестры России внесут огромный вклад в ранее выявление хронических заболеваний, качественное ведение таких пациентов, повышение качества и продолжительности их жизни.

Искренне надеемся, что многие из вас станут активными участниками мероприятий, намеченных Ассоциацией медицинских сестер России, что каждый примерит на себя роль лидера в продвижении перемен!



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	стр. б
рабочих местах состоялась в Алтайском крае	u
Профессиональный долг исполним	стр. 16

с достоинством. Семинар медицинских сестер-анестезистов прошел в Вологде

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Поддержим пациентов с онкологическими	стр.
заболеваниями. Саммит организаций,	
осуществляющих проекты в области онкологии,	
состоялся в Амстердаме	

Только цифры и факты – Европейский стр. 20 компендиум образцовой сестринской практики

СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА

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

вопросы этики

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

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 11.12.2013. Отпечатано в ООО «ИПК «Береста». 196084, Россия, Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1490. Тираж 14 500. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет.

СОТРУДНИЧЕСТВО С АВТОРАМИ

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

ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

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

Подробная информация о подписке и размещении публикаций – на сайте PAMC: 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. 15H. Тел./факс: (812) 575-80-51, 315-00-26. E-mail: rna@medsestre.ru

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

САРКИСОВА В.А. –	президент	Ассоциации	медицинских	сестёр
	России, Пре	дседатель Сов	ета	

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

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

гололобова л.д. – президент «Новосибирской профессиональной ассоциации специалистов сестринского дела»

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

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

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

ЛАПИК С.В. – Д. М. Н., профессор, декан ФВСО ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава

РЯБЧИКОВА Т.В. – Д. М. Н., профессор, заведующая кафедрой сестринского дела Ивановской государственной медицинской академии, декан МВСО

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

ОТ ЗНАНИЙ К НОВАТОРСТВУ

10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СЕКЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ



■ **Еропова Татьяна Анатольевна,** старшая медсестра отдела функциональных видов исследования ГУЗ "Забайкальский краевой консультативно-диагностический центр», председатель профессионального комитета Забайкальской ассоциации по специальности "Функциональная диагностика"

рганизация работы специализированных комитетов в Забайкальской профессиональной ассоциации медицинских специалистов отлажена на отлично – без поддержки не остается ни одна группа специалистов. И это правильно, ведь лечение и выхаживание пациента – процесс комплексный, слабых звеньев здесь быть не должно!

20–21 ноября 2013 г. на базе ГУЗ ЗабКДЦ состоялась 10-я юбилейная краевая научно-практическая конференция и профессиональный конкурс по специальности "Сестринское дело в функциональной диагностике". Это мероприятие совпало с ещё одной знаменательной датой – 60 лет со дня организации службы функциональной диагностики в Забайкальском крае.

Конференция была подготовлена и проведена Советом медицинских сестер и профессиональным комитетом Забайкальской ассоциации по специальности «Функциональная диагностика» с участием Читинского медицинского колледжа. Для комитета специалистов функциональной диагно-

стики прошедшая конференция стала уже десятой, юбилейной, причем проведение самой конференции далеко не единственный способ профессионального взаимодействия коллег в регионе. Как же построена работа комитета?

Комитет по специальности "Функциоальная диагностика" создан в Забайкальской ассоциации в октябре 2003г. За 10-летний период работы проведено 10 научно-практических конференций по специальности и 7 профессиональных конкурсов на звание «Лучшая медсестра функциональной диагностики».

Конференции носят учебный характер, в рамках таких мероприятий проводится тестирование участников с последующим анализом результатов, выявлением проблемных вопросов и их обсуждением; выдается методическая литература, проводятся мастерклассы по всем методикам функциональной диагностики, делается акцент на обучение и внедрение в практику медсестер новых методик и технологий исследований.

Медсестры функциональной диагностики являются высоквалифицированными специалистами, т.к. им приходится первыми выявлять жизненно

важные проблемы здоровья пациентов – нарушение ритма, острый инфаркт миокарда, вовремя оказать неотложную помощь. Следовательно, косвенно влиять на снижение уровня смертности населения.

Проведение подобных конференций помогает повысить профессионализм медсестер, поддерживать уровень знаний на достаточно высоком уровне, обмениваться опытом работы, следить за инновациями. На базе ГУЗ ЗабКДЦ с 2012г. работает постоянно действующий мастер-класс по электрокардиографии. Это значит, что в любое удобное для себя время медсестры ФД могут отрабатывать навыки проведения ЭКГ "на рабочем месте" при наличии аппаратуры, пациентов, наставников. Все это способствует повышению качества оказываемой сестринской помощи на современном уровне, удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием.

Как же прошла наша юбилейная конференция? Конечно же, состоялся ценный для всех специалистов обмен опытом – прозвучало 8 интереснейших докладов по различным аспектам функциональной диагностики, инфекционной безопасности, вопросам медицинского права, психологии. В практиче-



ской части конференции на базе отдела функциональных методов исследований ГУЗ ЗабКДЦ прошли мастерклассы – здесь были наглядно продемонстрированы стандарты выполнения медицинских услуг при проведении электрокардиографии, велоэргометрии, тредмил-теста, вызванных потенциалов.

Проводя юбилейную конференцию, мы не могли не поздравить наших лучших специалистов, ветеранов службы. Перед участниками мероприятия выступила вокальная группа, а лучшим подарком стали воспоминания – видео очерк – «Летопись службы функциональной диагностики: от истоков до наших дней». Всем было интересно увидеть, как развивалась служба, какими аппаратами мы пользовались десятилетия тому назад.

Возвращаясь к учебной части программы мероприятия, стоит сказать, что практикующие специалисты в рамках конференции прошли те-

Конкурс проходил в 5 этапов:

1 этап «Тестирование» конкурсантов был проведен в первый день;

2 этап «Представление участниц» – были продемонстрированы видеоролики с рассказами участниц о своей биографии, о своем рабочем месте, о коллективе. Так же выступили группы поддержки конкурсанток;

3 этап «Блиц-опрос» – экзаменационный блок, включающий в себя вопросы по специальности «Функциональная диагностика», лекарствоведению, неотложным состояниям, инфекционной безопасности, подготовке к исследованиям;

4 этап домашнее задание «техника снятия ЭКГ» – видеоролик;

5 этап – домашнее задание на тему «За здоровый образ жизни». Каждая участница представила видеоролик со своим видением решения данной проблемы.

В оценке конкурсантов могли принять участие все делегаты конферен-





стирование по зачетно-накопительной системе постдипломного образования. По итогам тестирования 45% делегатов ответили на отлично, 55% – "хорошо". Участники обучения получили соответствующие сертификаты, которые будут зачтены в рамках накопительной системы. Знания на конференции были представлены не только в форме устных выступлений. Всем делегатам были вручены периодические профессиональные издания, а также диски с нормативной документацией.

По традиции Забайкальской ассоциации на второй день конференции был организован профессиональный конкурс на лучшую медицинскую сестру функциональной диагностики.

ции! Предварительно во время регистрации в первый день всем делегатам конференции мы раздали оценочные листы «Поправь меня» с фамилиями участниц. Делегаты должны выставить свой балл каждой конкурсантке и сдать оценочный лист в счетную комиссию.

Победители конкурса были награждены дипломами, цветами, ценными подарками от Забайкальской профессиональной ассоциации. Сам конкурс стал большим подарком в адрес всех участников конференции, всех специалистов функциональной диагностики. Мы получили новые знания и большой заряд энергии для дальнейшего развития и повышения качества помощи.

АКТИВНОЕ ДОЛІ



 Малыгина Наталья Андреевна, старшая медицинская сестра ГАУСО «Читинский психоневрологический дом-интернат Забайкальского края»

«Старение населения – это не бремя для человечества, это наше с вами общее достижение, это результат победы над болезнями, это результат повышения уровня жизни, это наше социальное завоевание».

Кофи Аннан

14—15 ноября в Москве состоялся Третий Международный социально-медицинский Форум «Мир активного долголетия –2013». Инициатором Форума выступил Комитет Госдумы РФ по охране здоровья, мероприятие прошло при поддержке Минтруда России, Минздрава России, Российской Академии Наук и множества других организаций, деятельность которых имеет прямое отношение к вопросам социальной политики.

В работе Форума приняли участие около ста специалистов из различных регионов РФ – руководители учреждений социальной защиты регионов, представители региональной власти, главные специалисты в области геронтологии и гериатрии, научные деятели, журналисты. В качестве делегатов от Забайкальской ассоциации медицинских специалистов в форуме приняли участие заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом ГУЗ «Забайкальский краевой госпиталь для ветеранов войн» Н.И. Голышкова и исполняющая обязанности внештатного консультанта по сестринскому делу Министерства труда и социальной защиты Забайкальского края Н.А. Малыгина.

ГОЛЕТИЕ - РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

С приветственным адресом к участникам Форума обратились заместитель Председателя Правительства РФ Голодец О.Ю., заместитель Министра труда и социальной зашиты РФ Вовченко А.В., Министр здравоохранения РФ Скворцова В.Н., послы ряда государств.

Открывая Форум, организаторы определили цель перед участниками мероприятия: определение стратегии развития инновационных медико-социальных технологий для улучшения качества жизни старшего поколения

Вниманию слушателей представлен 21 доклад, проведены секционные заседания по вопросам сохранения здоровья женщин, взаимодействию медицинского сообщества, активному долголетию. Формат Форума позволил не только получить новую информацию, поучаствовать в дискуссии, но и дал работу возможность ОЩУТИТЬ в команде, обменяться опытом.

Одним из наиболее ярких событий Форума для всех участников стало посещение Всероссийского научно-методического геронтологического центра, основанного еще в 1922 году по инициативе В.И. Ленина. В те послереволюционные годы центр создавался как социальный пансионат для ветеранов

революции, политкаторжан и ответственных работников партии.

В настоящее время Геронтологический Центр оказывает социально-медицинские услуги гражданам пожилого возраста и инвалидам, нуждающимся в уходе. Центр расположен недалеко от города Москва в живописном поселке Переделкино. Интерьер всего центра приближен к домашнему, учтены все детали для комфортного проживания пожилых граждан. Организованы и работают Совет Ветеранов, библиотека, музыкальные кружки. Учреждение имеет огромное функционально-диагностическое отделение, кабинет стоматолога и отделение реабилитации.

Большое впечатление производит посещения нескольких комнат становится ясно, что пожилые люди, проживающие в центре, окружены милосердием в прямом смысле этого слова. Многим посетителям запомнились проникновенные слова прикованной к постели женщины, которая говорила о теплых и заботливых руках медицинской сестры.

По словам директора центра, Архипова И.Г., «главной задачей является не только продление жизни человеку, а создание механизмов и условий, способствующих значительному увеличению периода функциональной и физической состоятельности граждан пожилого и старческого возраста, сохранение и продление социальной, трудовой и интеллектуальной активности».

Реализацией этой задачи будут заниматься многие заинтересованные стороны, не останутся в стороне и медицинские сестры. В апреле Забайкальская ассоциация проведет конференцию «Сестринское дело в геронтологии», которая, несомненно, вызовет большое интерес со стороны специалистов. Вопросы оказания помощи пожилым пациентам актуальны для многих медицинских служб, таких как онкология, кардиология, терапия, хирургия, тем более, такие вопросы актуальны для медицинских сестёр учреждений социальной защиты. В ходе конференции мы постараемся передать не только опыт московских коллег, рассмотреть различные практические вопросы сестринского ухода, но также рассказать о том, какие задачи в области защиты пожилых по силам медицинской сестре..



№ 5 Лекабрь-2013

ИССЛЕДОВАНИЯ - КЛЮЧ К УСПЕХУ

ДВИЖЕНИЕ ВПЕРЁД МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ



И.А. Ляпина,

руководитель фтизиатрической секции CPOOMC, главная медицинская сестра ГБУЗ СО «Тольяттинский противотуберкулёзный диспансер», Самарская область.

«Современные направления развития фтизиатрии: научные разработки и практический опыт борьбы с туберкулёзом» – под таким девизом 28-30 ноября в Санкт-Петербурге, прошёл II Конгресс Национальной Ассоциации Фтизиатров. Участие медицинских сестёр фтизиатрической службы России в работе Конгресса стало для знаковым событием на пути развития сестринского дела во фтизиатрии в нашей стране и результатом многолетней работы Ассоциации медицинских сестер России, фтизиатрической секции РАМС, реализации международного проекта.

Нам, медицинским сестрам Самарской области, участвующим в работе Конгресса благодаря проекту Россий-



скои ассоциации и Международного Совета при поддержке Партнерства Лилли была предоставлена уникальная возможность познакомиться с передовым опытом специалистов в области фтизиатрии: организаторов здравоохранения, фтизиатров, бактериологов, эпидемиологов, учёных — узнать о российском и зарубежном опыте работы в диагностике и лечении МЛУ-ТБ, туберкулеза в сочетании с ВИЧ — инфекцией и сопутствующей патологией, особенностям дифференциальной диагностики туберкулёза лёгких у детей и подростков, перспек-

ской ассоциации и Международного : тивах развития иммунологических ис-Совета при поддержке Партнерства : следований.

Открывая сестринский симпозиум, В.А. Саркисова, президент РАМС, осветила основные направления работы медицинских сестёр фтизиатрической службы, фтизиатрической секции медицинских сестёр. В течение последнего времени Ассоциация прилагает большие усилия в поддержку сестринских исследований, укрепления информационной работы, активного участия медсестер в дискуссиях на профессиональные темы при очных встречах, на интернет-форумах. Валентина







Антоновна призвала всех участников симпозиума расширять опыт проведения различных акций для населения по проблемам ТБ, проводить школы пациента, ярмарки здоровья, сотрудничать со средствами массовой информации, вести и информационную и методическую работу.

Вся эта работа уже в течение двух лет активно проводится фтизиатрической секцией РАМС, о чем доложила ее председатель, Татьяна Федоткина. Тем не менее, нельзя останавливаться на достигнутом. Несколько лет назад благодаря международному проекту РАМС многие медсестры фтизиатрической службы познакомились с учебными материалами МСМ по борьбе с туберкулезом. Прошли семинары по каскадному принципу, мы дали знаниям тысячам медицинских сестер, но, далеко не всем. Поэтому, занятия надо продолжать, работать и со студентами, и с медицинскими сестрами общей сети.



В 2014 году в рамках секции будет рассмотрено содержание учебных материалов, они будут дополнены и обновлены. Кстати, все эти материалы давно доступны на сайте РАМС, об этом тоже надо рассказывать в регионах. Важно, чтобы специалисты пользовались проверенными ресурсами!

О профессионализме медицинской сестры, о пациент-ориентированном уходе, о лидерских качествах, о том, почему так важно инвестировать в медсестёр, рассказала в своём выступлении Джини Уильямс, директор ТБ проекта Международного совета медсестёр. Инвестиции международного проекта РАМС-МСМ и Партнерства Лилли во уже начали себя оправдывать – участники проекта доложили о первых результатах своей исследовательской работы, стартовавшей совсем недавно. Исследования проводятся в разных регионах России, в Самаре : Н.А. Горловой ведется работа по опре-



делению взаимосвязи депрессии у пациентов с ТБ и отрывами от лечения. С гордостью за нашу службу мы узнали о присвоении Наталье Александровне гранта в конкурсе грантовой поддержки исследовательских проектов PAMC.

Сестринский симпозиум стал частью трехдневной программы конгресса фтизиатров, где медицинские сестры могли посетить самые разные тематические школы.

Особый интерес вызвала работа Школы «Отдельные аспекты системы инфекционного контроля в противотуберкулёзных учреждениях». Очень много вопросов вызвал доклад Т.А. Кузнецова о системе противоэпидемических мероприятий, целью которых является снижение риска возникновения и внутрибольничного распространения туберкулёза. Особое внимание в докладе было уделено новым методам и средствам обеззара-

С 1 января 2012 года в тольяттинском противотуберкулезном диспансере после проведения капитального ремонта было открыто специализированное отделение для лечения больных с сочетанием туберкулёза и ВИЧинфекции на 50 коек. В учреждении было принято решение о проведении контролируемого лечения и ТБ, и ВИЧ, в связи с чем были расширены функциональные обязанности медицинских сестер. Работа в отделении проводится единой командой, в которой палатная медицинская сестра является

связующим звеном между пациентом, врачом-фтизиатром, врачом-инфекционистом, медицинской сестрой-координатором, обеспечивающей пациентов антиретровирусными препаратами, назначенными врачом-инфекционистом СПИД Центра, на основании добровольного информированного согласия пациента. Раньше такие пациенты должны были самостоятельно, с помощью родственников получать антиретровирусные препараты, у многих возникали сложности, лечение прерывалось. Теперь эта работа нала-

жена, пациенты удовлетворены, есть и показатели лечения, внушающие определенный оптимизм — за последний год большее число пациентов выписывается с отрицательным результатом посева. Большая ответственность в осуществлении этой работы ложится на плечи медицинской сестры. Этот пример расширения сестринской практики был представлен Ассоциацией медицинских сестер России в адрес ВОЗ в рамках создания Европейского компендиума передовой практики медицинских сестер.

живания объектов окружающей среды, обеззараживанию воздуха в помещениях ЛПУ при помощи систем вентиляции, компонентам санитарно-противоэпидемического режима (инфекционного контроля), индивидуальным мерам защиты.

В связи с ведущейся в нашем диспансере работой по координированному лечению ТБ+ВИЧ, большой интерес вызвали доклады на эту тему.

В дни работы Конгресса мы получили возможность посетить выставку медицинского оборудования, расходных материалов, средств диагностики

и лечения, современных лекарственных препаратов. Нашему вниманию были предоставлены новые технологии по забору биологического материала, дезинфекционным мероприятиям, инфекционной безопасности. Мы активно делились опытом, обсуждали проблемы, находили пути решения, обсуждали необходимость разработки современных стандартов для медицинской сестры фтизиатрической службы.

Конгресс показал, что работая вместе, мы многократно укрепляем наши силы, становимся равноправными партнерами с врачами – фтизиатрами, пульмонологами, эпидемиологами. Занимаясь исследовательской работой в проекте РАМС-МСМ мы уже смогли убедиться, что результаты этой работы важны в лечебном процессе, что благодаря новым знаниям мы сможем лучше помогать пациентам, мы добьёмся уважения и признания со стороны коллег. Мы убедились, что совместная работа, исследовательская работа – это наш ключ к успеху. Очень надеемся, что к этой работе примкнут медицинские сестры всей страны!

ПООЩРЕНИЕ ЛУЧШИХ – ВКЛАД В БУДУЩЕЕ

В рамках симпозиума медицинских сестер фтизиатрической службы Ассоциация медицинских сестер России организовала церемонию награждения победителей конкурса грантов. В 2013 году грантовая поддержка была выделена тем специалистам, кто разработал исследовательские проекты. Лучшими в этом деле стали 6 медицинских сестер:

- Горлова Наталья Александровна, г. Самара представила проект исследования влияния депрессии на отрывы от лечения;
- Малиновская Маргарита Николаевна, Ленинградская область, представила исследовательскую работу по оказанию сестринской помощи пациентам с сочетанной формой ТБ+ВИЧ;
- Павлова Саргылана Николаевна, Республика Саха (Якутия), представила исследование, направленное на улучшение питания детей, направленных на долечивание в специализированные противотуберкулезные санатории республики;
- Полякова Ирина Валерьевна, Республика Марий Эл, предложила проект, цель которого состоит в повышении грамотности родителей детей школьного возраста в вопросах профилактики ТБ;

 Думан Елена Вячеславовна и Сиволозская Надежда Сергеевна из Кемеровской области разработали проект, нацеленный на повышение инфекционной безопасности младшего персонала противотуберкулезных учреждений посредством обучения.

Надеемся, что по прошествии году лауреаты конкурса грантов поделятся с участниками аналогичного симпозиума результатами своей научной работы и пожелаем им творческих успехов!







Новые роли медицинских сестер в первичном секторе

Елена Хабарова,

корреспондент

Городе Вологде на базе Вологодской городской поликлиники № 1 открылся учебно-методический кабинет для специалистов сестринского дела.

Это важное для медицинского сообщества событие состоялось по инициативе и при непосредственном участии Ассоциации специалистов сестринского дела Вологодской области совместно с администрацией поликлиники в лице главного врача В.Г. Богатырева и главной медсестры Н.А. Корепиной.

В современных условиях модернизации системы здравоохранения и стандартизации услуг предъявляются повышенные требования к уровню профессиональной компетентности медицинских работников, в том числе и специалистов сестринского дела.

Мы живем в век информации. Новая информация и знания поступают и устаревают очень быстро. Сложившаяся практика последипломного обучения в очно-заочной форме с периодичностью один раз в пять лет не обеспечивает своевременного и качественного повышения профессионального образования специалистов. Для этого необходимо непрерывное обучение, постоянное целенаправленное получение новых знаний, умений и навыков, освоение новых технологий и методов работы.

На решение этой задачи и будет направлена деятельность учебно-методического кабинета. Сам кабинет достаточно просторный и условно поделен на несколько зон. В учебной зоне установлены компьютеры, принтер, сканер, мультимедийный проектор, обеспечивается постоянный доступ в интернет. Имеется специальная литература: сборники, учебники, модули, атласы, учебные пособия, журналы. Здесь можно заниматься индивидуально и группами, готовить исследовательские работы и презентации, проводить тестирование, использовать компьютерные обучающие программы, выпускать методические материалы, демонстрировать учебные фильмы, решать другие учебно-методические за-

В зоне отработки практических навыков особо ценным оборудованием является тренажер для медицинской сестры. На этом учебном пособии отрабатываются навыки взятия крови из вены и введения внутривенных растворов, введение носового воздуховода, подготовки дыхательных путей и введение трубки воздуховода для искусственной вентиляции легких, зондирование и промывание желудка, ухода за трахеостомой, гастростомой, колостомами, цистомой и многие другие. В комплект тренажера входит модель фигуры человека, муляжи рук и ног, костюм, кеды и дополнительные вставки для внутривенных и внутримышечных инъекций. Также в наличии тренажер внутривенных инъекций, сердечнососудистой и мозговой реанимации пружинно-механический «Максим 1».

Отдельно установлен комплект сантехнического медицинского оборудования для обработки рук. Организована выставка специальных средств и материалов, используемых при уходе за тяжелобольными людьми. Отметим, что по инициативе Ассоциации специалистов сестринского дела области, в поликлинике № 1 города Вологды подготовлена группа медицинских сестер, которые будут обучать на дому родственников тяжелых больных способам и приемам ухода. На наш взгляд, это очень существенная помощь тем семьям, в которые пришла такая беда.

В планах работы учебно-методического кабинета проведение теоретических и практических занятий, оказание методической помощи медицинским сестрам при подготовке к аттестации, создание и внедрение профессиональных стандартов, изучение, обобщение и распространение передового опыта по внедрению инновационных технологий, научных исследований в сестринском деле. Кабинет станет местом проведения общебольничных сестринских конференций, семинаров, мастер-классов, школ здоровья, то есть своеобразной учебно-методической базой для специалистов сестринского дела.

Заметим, что создание учебно-методического кабинета можно по праву назвать «детищем» Н.В. Никитиной, президента региональной Ассоциации специалистов сестринского дела. Вологодскому сообществу медицинских сестер повезло, что возглавляет общественную организацию профессионал своего дела, порядочный человек и очень обаятельная женщина, всей душой болеющая за развитие вологодского здравоохранения.





Рецензирование: Неотъемлемая часть процесса исследования







■ Барбара Мандлеко



Джанет Ларсон

Введение

Проведение исследования это систематический процесс, включающий выбор дизайна исследования, его планирование, осуществление и распространение результатов. Рецензирование является неотъемлемой частью этого процесса, гарантирующим качество исследования, выполнение всех его систематических аспектов. По своей сути рецензирование – это оценка исследования (проекта исследования или статьи) группой экспертов на предмет его соответствия необходимым стандартам, которая проводится до внедрения исследования или до его публикации. Во время рецензирования проект исследования или научная статья проверяются по определенным критериям, позволяющим увидеть недостатки и преимущества этого исследования, его актуальность и научную значимость. Рецензия, которую получает исследователь или автор, помогает в дальнейшей работе над исследованием, содействует четкости и логичности презентации по исследованию. В процессе рецензирования формируется сообщество экспертов в той или иной научной области, будь то психология, медицина или сестринское дело.

Темы рецензируемых исследований могут быть самыми разными и включать управление болью, обучение пациента, хронические болезни, управление сестринским делом, или методы исследований. Скрупулёзная оценка проектов или отчетов исследований занимает центральное положение

в развитии новых знаний. С учетом вышесказанного, целью этой статьи станет рассмотрение процесса рецензирования, того, как он осуществляется и как его можно использовать для развития науки.

Основные этапы процесса рецензирования

Рецензирование это процесс, состоящий из ряда последовательных шагов.

На первом этапе необходимо собрать небольшую группу экспертов по определенной теме, к членам которой можно будет обратиться для оценки исследовательского проекта или статьи. Члены группы могут быть экспертами по разным темам, а председатель может назначать трех из них для рецензирования того или иного исследования. Рецензирова-

На втором этапе ние научных применяются критестатей или проектов рии для оценки исслеисследований проводования. Каждый раздится «вслепую», чтобы исследования имя исследователя не проходит оценку по оказало влияния на мнение рецензенэтим критериям для выявления сильных и слабых сторон, качества дизайна исследования, точности выполнения, правильности анализа данных и плана по распространению полученных результатов. В процессе рецензирования эксперты также смотрят на исследование в целом, на то, насколько ценными для практики являются его результаты.

тов

Группу экспертов, занимающихся рецензированием исследований, ча-

сто называют научным комитетом. Такой комитет может назначить, например, организация, которая проводит конкурсы научных грантов, чтобы комитет от ее имени выбирал исследовательские проекты, достойные финансирования. Рецензирование может использоваться и для выбора исследований для последующей публикации. Редакция научного журнала может назначить научный комитет для рецензирования статей. Здесь могут быть использованы и дополнительные критерии для оценки материала – качество написания статьи, соответствие исследования тематике, миссии и целям журнала и интересам его читательской аудитории. Почему так происходит?

В каждой рецензии на исследование или статью мы можем увидеть состав научного комитета, той самой группы экспертов, которая оценивала исследование, но сама оценка проводится «вслепую». Что значит слепое рецензирование? Это рецензирование, при котором рецензентам неизвестно, кто выполнил исследование или написал статью, а авторам статей/исследований, неизвестно, кто рецензирует их работу. При таком подходе реализуется принцип объективности в оценке исследования; имя исследова-

теля не влияет на мнение

рецензентов. Работа экспертов при слепом рецензировании целиком и полностью определяется оценкой исследования на соответствие критериям научного исследования. Обычно исследование передается экс-

пертам на рецензирование не напрямую от автора, а через организацию, фонд, редакцию журнала. Тем не менее, общение между рецензентом и исследователем все же происходит, но только тогда, когда рецензия готова.

Несмотря на то, что рецензирование проводится вслепую, его можно считать формой сотрудничества исследователя и рецензента, результатом ко-

исследования, которую рецензент проводит для автора работы. Чтобы партнерство было успешным и эффективным, отзыв выполняется в атмосфере поддержки. Рецензент и автор исследования должны понимать, что рецензия необходима для совершенствования исследования и отчета по нему. Замечательно, если передача рецензии проходит в форме диалога личной беседы или письменного общения. Последнее является наиболее распространенным случаем и здесь важно, чтобы исследователь узнал о сильных сторонах своей работы и узнал о предложениях рецензента о том, как определить те его области, которые нуждаются в дополнительных усилиях. С помощью положительных комментариев и отзывов о сильных сторонах работы, а также с помощью наводящих вопросов и предложений рецензент помогает автору исследования увидеть слабые стороны своей работы. При этом слабые стороны не рассматриваются как недостатки, скорее они определяются как задачи для последующей доработки

торого является объективная оценка

Еще одной задачей рецензента при обмене мнением с исследователем является аккуратная формулировка своих вопросов и предложений. Очень важно, чтобы рецензент не напрямую говорил автору что следует сделать, а ставил «наводящие» вопросы, которые подтолкнут автора к доработке исследования. К построению диалога рецензента и исследователя следует подходить внимательно, с тем чтобы результатом диалога стало совершенствование исследовательской работы. И, разумеется, рецензия никоим образом не должна быть направлена на человека, на автора исследования, а только на саму работу.

Применение рецензирования в других ситуациях

Итак, рецензирование изначально возникло как часть исследовательского процесса, идущего от планирования дизайна исследования до распространения полученных результатов. Однако сегодня рецензирование применяется и в других ситуациях. Более того, существует понятие неформального рецензирования, когда проект исследования или статья проходят предварительное рецензирование прежде чем быть переданными для формального рецензирования вслепую.

Процесс рецензиро-Специализирования активно примеванные секции няется различными Ассоциации медсестер профессиональны-России – это как группы ми организациями, экспертов, к которым в том числе междуобращается РАМС при народными. Напринеобходимости рецензиромер, Международвания грантовых заявок, ный Совет Медсестер статей или тезисов прибегает к рецензивыступлений

рованию для отбора тезисов, полученных от участников своих конференций, и формирования научной программы мероприятий.

Обычно в программу крупных кон-

ференций входят различные сессии,

докладываются не только результаты исследований, но также излагается опыт внедрения каких-то новых форм работы, новых ролей, обсуждаются этические вопросы. Медицинские сестры, желающие выступить на конгрессе Международного Совета Медсестер, направляют в адрес оргкомитета тезисы своих выступлений, иными словами, представляют краткое описание своего доклада. Международный Совет Рецензия – это перед проведением своеобразный конгресса формирует диалог автора иссле-Программный комидования и эксперта, тет, приглашая в его в котором эксперт состав членов органипомогает автору лучше раскрыть изучаемый зации из разных стран, обладающих опытом вопрос в различных областях. Далее эти эксперты проводят конгресса

слепое рецензирование поступающих тезисов, оценивая их по балльной системе и рекомендуя, либо не рекомендуя их включение в программу конгресса. При подготовке международного MCM2013 года, состоявшегося в Мельбурне, членом такого Программного научного комитета была избрана и президент РАМС, Валентина Саркисова, которая приняла непосредственное участие в отборе тезисов для научной программы мероприятия. Процесс рецензирования используется и различными национальными организациями, например, Обществом онкологических медсестер, для формирования программ своих мероприятий. На рецензирование опирается в своей работе и Ассоциация медицинских сестер России, когда готовит ту или иную конференцию, проводит грантовый конкурс. При этом Ассоциация делает ставку на специалистов в конкретной области практики, привлекая членов специализированных секций к работе в качестве рецензентов.

Мы уже обозначили, что рецензирование может использоваться и в неформальных ситуациях. Так происходит, когда группа коллег оценивает проект, статью, тезисы или другую научную работу своего коллеги, чтобы помочь ему в этой работе. Медицинские сестры нередко прибегают к помощи своих коллег для такой предварительной оценки работы, прежде чем дать ей дальнейший ход.

Роль рецензента требует от специалиста определенных навыков. Необходимо внимательно ознакомиться с предложением или текстом, оценить качество его содержания, логику, ясность и аккуратность, а затем внести предложения о том, как можно улучшить этот документ. Неформальное рецензирование – это помощь, которая позволяет отточить содержа-

ние. И мы нередко к такой помощи прибегаем. Например, один из соавторов этой статьи как раз таки выступил ее рецензентом. Ознакомившись с предварительным текстом статьи о рецензировании, наша коллега оценила, насколько полно отражены раз-

личные аспекты рецензирования, насколько понятным языком представлено содержание статьи.

Выводы

Будучи неотъемлемым этапом исследовательской работы, рецензирование прочно вошло в практику решения самых разных научных и образовательных задач. Рецензирование позволяет специалистом с разнообразным опытом участвовать в оценке разных проектов и начинаний. Медицинские сестры, менеджеры и руководители сестринских служб используют рецензирование для реализации каких-то новых программ, например, направленных на повышение безопасности пациентов. В сущности, рецензирование

способствует открытому, справедливому, свободному обмену идеями и мнениями, ведет к прогрессу инновационных программ. Очень важно, что медицинские сестры могут быть частью этого процесса, выступать в роли рецензентов, реализовывать свой профессиональный опыт. Принимая участие в рецензировании различных

проектов, медицинские сестры могут вносить свой вклад в совершенствование сестринской практики и развитие российского здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Diaz, L. (2008). Nursing Peer Review: Developing a Framework for Patient Safety. Journal of Nursing Administration, 38(11):473–479.

жизнестойкая не значит неуязвимая

СОВРЕМЕННЫЕ ПСИХОТЕХНОЛОГИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



■ Рябова Т.В., к.п.н., доцент кафедры медицинской и общей психологии и педагогики Казанского государственного медицинского университета

Черты характера и профессионализм

Оказание современной высокотехнологичной медицинской помощь требует изменений в личности самой операционной медицинской сестры. Вызовом времени становится формирование специалиста, умеющего не только эффективно сотрудничать с людьми, но и наблюдать, рассуждать, принимать решения. «Использование современных технологий – путь к безопасности и качеству медицинской помощи. Необходим регулярный анализ действующих технологий и их обновление», отметила на конференции медицинских сестер операционных и стерилизационных отделений президент РАМС В.А. Саркисова. Это утверждение абсолютно справедливо применительно не только к технологиям выполнения процедур и манипуляций, но и в отношении психологических технологий, призванных содействовать успешному выполнению профессиональной деятельности. Среди таких современных психологических технологий, которые прочно входят в нашу жизнь, тренинги, деловые игры, разборы случаев и ситуаций – case-study и многие другие. Их применение способствует развитию навыков работы в команде, проявлению эмпатии и несуждения, умения вызывать доверие, вдохновлять уверенность в пациентах и членах команды, излучать профессиональную уверенность, быть коммуникативно компетентными и пр. Эти личностные качества, которые в любой другой профессии могут считаться лишь чертами характера, в профессии медицинской сестры приобретают значение профессиональных компетенций.

Умение сотрудничать с пациентами и их родственниками, коллегами, умение слушать и слышать, осознанно действовать каждую минуту, использовать критическое мышление, опыт и интуицию в принятии решения, уважать свободу выбора пациентов, иметь развитые самоконтроль и самодисциплину Standing M. причисляет к профессиональным качествам, которые можно и нужно развивать.

Эмоциональное выгорание, хроническая усталость, профессиональная деформация

И в научной литературе, и в профессиональной среде специалистов боль-

шое внимание уделяется проблеме профессионального выгорания, деградации определенных черт личности, что препятствует качественному выполнению обязанностей.

Например, Н.А. Кощеева отмечает, что медицинские сестры с высокой степенью эмоционального выгорания отличаются высоким уровнем тревожности и пессимистичности, они эмоционально неустойчивы, имеют низкую стресооустойчивость, самооценку, склонны к чувству вины, чувствительны к замечаниям, обладают высоким уровнем самоконтроля, низким уровнем адаптационных способностей.

Когда требования (внутренние и внешние) длительное время преобладают над ресурсами человека, нарушается состояние равновесия, что неизбежно приводит к развитию синдрома хронической усталости. Три ключевых признака хронической усталости: предельное психоэмоциональное истощение; отстранённость от пациентов и от работы; ощущение неэффективности всех своих действий и достижений.

Одним из нежелательных исходов может стать профессиональная деформация личности, вследствие чего медицинская сестра может проявлять негибкость, стереотипность реакций на различные проявления в профессиональной жизни, в том числе, касающиеся общения с пациентами (И.В. Тихонова, 2002). Однако, кроме этого, профессиональная деятельность формирует и позитивные изменения, происходящие

в процессе профессионализации, а именно, снижается уровень тревожности, подозрительности, а так же повышается способность скрывать тревожность и контролировать поведение.

Условия получения удовольствия от работы

Тем не менее, не стоит считать, что в работе медицинской сестры и, тем более, в работе операционной сестры, все так безнадежно. Вовсе нет! Именно в такого рода профессии человек может получить максимальное удовлетворение от работы.

Исследователями описано состояние «потока», когда человек полностью поглощен своим делом, в котором получает удовольствие и максимально реализует свой потенциал. На графике, разработанном М. Чиксентмихайи видно, что если задача специалисту неинтересна, то возникает апатия и скука. Если навыки выполнения деятельности невелики, а задача трудна, то возникают такие состояния, как волнение, тревога, стресс. «Потоковое» состояние наблюдается у лиц, имеющих высокое профессиональное мастерство и развитые навыки в работе, при этом

поставленные перед профессионалом задачи должны быть сложными, служить своеобразным вызовом.

Вот какое описание было дано состоянию потока работником операционной бригады: «Работа в операционной приносит очень большое удовле-



творение. Я рад, что могу заставить человеческий организм снова работать должным образом, поставив все на свои места...Приятно видеть, как тело вновь обретает дарованную ему природой гармонию...Особую радость мне доставляет работа в команде, когда все действуют гармонично и слаженно. Это создает особую красоту». Таким образом, следует развивать у медицинских сестер не только способность противостоять стрессами, но и умение «быть в потоке» – получать удовольствие от работы.

Жизнестойскость выше нормы

Сегодня исследованию отдельных качеств операционной медсестры посвящено незначительное число работ. Практически неизученными остаются области, касающиеся личностных характеристик, ответственных за успешное совладание со стрессом, эмоциональным выгоранием, а также развития личностного потенциала, определяющего устойчивость медсестры к экстремальным факторам. Психолог С. Мадди, создал теорию об особом личностном качестве - «жизнестойкости» (hardiness), позволяющем превратить изменения, происходящие с человеком, в его возможности, стать источником роста и развития, это внутренний ресурс, который подвластен самому человеку.

Нами была предпринята попытка определения уровня жизнестойкости у операционных медицинских сестер. Участниками исследования стали 60 человек, возраст варьировал от 18 до 40 лет (М = 24.67). Был проведен констатирующий эксперимент с использованием теста С. Мадди (в модификации А.Н. Леонтьева), использовались методы математической стати-

УПРАЖНЕНИЕ «ПОПЛАВОК»

Жизнь не так проста, как кажется, и временами преподносит неожиданные сюрпризы. Ни один страховой полис не избавит вас от решения трудных задач, но, в конце концов, ведь каждому испытания посылаются по силам.

Представьте себе бурное море, шторм, ураган, смывающие все на своем пути мощные валы волн. Внезапно ваш взор выхватывает поплавок, уходящий под воду и снова выныривающий на гребень волны. Представьте, что вы и есть этот поплавок, а бурное море – ваша жизнь. На вас накатываются волны житейских невзгод, но вы – непотопляемы. Вы снова и снова всплываете на поверхность. Ваша уверенность и ваша удача наполняют этот поплавок и выталкивают его на поверхность. Наконец, море, не одолевшее вас, успокаивается, из-за туч выглядывает солнце, и вы - поплавок – наполняетесь солнечными лучами удачи. Вы пережили очередной шторм в своей жизни и вышли победителем. Представьте себе последующие возможные ураганы вашей жизни, и из них вы тоже выйдете победителем, непотопляемым поплавком.

стики по обработке экспериментальных данных.

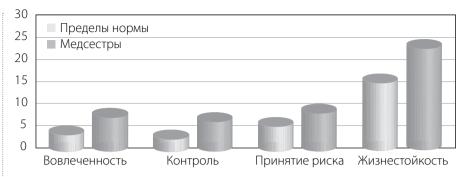
Результаты оказались весьма интересными. Согласно С. Мадди, жизнестойкость включает в себя три сравнительно автономных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска. Люди с развитым компонентом «вовлеченности» в происходящее получают удовольствие от собственной деятельности. У 45% опрошенных медсестер вовлеченность была выше нормы.

Следующий показатель – «контроль» представляет собой убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. У 51% опрошенных медсестер обнаружен развитый компонент контроля.

Показатель «принятие риска» представляет собой убежденность человека в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, — неважно, позитивного или негативного. Показатель «готовности к риску» у 55% медсестер оказался выше нормы.

Как сохранить эмоциональное благополучие

Несмотря на то, что показатель жизнестойкости у операционных медицинских сестер оказался достаточно высок, проблема в профессиональной жизни сохраняется – ежедневная работа как будто специально проверяет специалистов на прочность – они постоянно подвергаются стрессам, в результате которых и до эмоционального выгорания не далеко.



Показатели жизнестойкости медицинских сестер в сравнении с нормой

Поэтому, несмотря на отличные показатели стрессоустойчивости, операционным сестрам, как никому другому, стоит заботиться о своем эмоциональном состоянии, стремиться к балансу работы и отдыха, физической и умственной активности, внутреннему равновесию и гармонии. В этом деле помогут простые рекомендации, из числа которых каждый должен определить что-то свое.

Например, стоит развивать умение отвлекаться от переживаний, связанных с работой, расширять круг общения, выходя за рамки своей профессиональной группы, учиться получать удовольствие, расслабляться. Отличным средством является простое неформальное общение с коллегами (например, чаепитие, обед), сама обстановка которого ненавязчиво «ломает лед», во время которого члены хирургической бригады могут поделиться впечатлениями, а это помогает снять напряжение.

Важно чувствовать связь с другими людьми и с чем-то высшим (это может проявляться при соприкосновении с природой, произведениями искус-

ства), возрождать духовно – нравственных ценности. При эмоциональном выгорании люди склонны видеть лишь одну, негативную сторону мира. Поэтому медсестре важно сохранять целостное восприятие окружающей реальности! Иначе вместе с пациентами можно потеряться в мире страданий и боли.

Можно также порекомендовать в своей личной жизни найти возможность проявить себя в качестве, противоположном тому, которое требуется на работе. Например, если на работе требуется постоянная собранность и сосредоточенность, важно найти пространство, где можно быть спонтанной, быть самой собой.

Как ни удивительно, но равно как для поддержания физических сил помогает физкультура, так и для сохранения здоровой психики полезными являются регулярные упражнения.

Соблюдение этих рекомендаций вкупе с высокой жизнестойкостью операционных сестер, поможет специалистам всегда оставаться в прекрасной профессиональной и эмоциональной форме!

УПРАЖНЕНИЕ «ЧТО МНЕ ДОСТАВЛЯЕТ УДОВОЛЬСТВИЕ?»

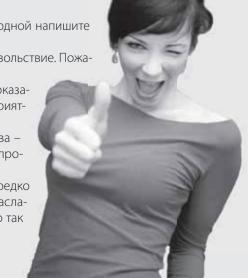
Возьмите десять пустых маленьких карточек (можно и большее количество). На одной напишите «Быстрое завершение неприятного дела».

На остальных карточках напишите, пожалуйста, какие занятия доставляют вам удовольствие. Пожалуйста, заполните все карточки.

Теперь расположите перед собой карточки таким образом, чтобы слева от вас оказались вещи, которые доставляют вам максимальное удовольствие, а справа – менее приятные

Подобным же образом можно расположить карточки по другим категориям (слева – доступные, справа – труднодоступные; слева – редко происходящие, справа – часто про-исходящие).

Ответьте сами себе на вопрос: можем ли мы чаще заниматься этими делами? Нередко можно с удивлением обнаружить, что у нас достаточно времени для того, чтобы наслаждаться, но по разным причинам мы этого не делаем. Имеет смысл подумать, отчего так происходит. Любите себя, доставляйте себе удовольствие!



ИССЛЕДОВАНИЯ— ПУТЬ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ РОСТУ

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ВОЛОГОДЧИНЫ ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ В КОНКУРСЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАБОТ

Елена Хабарова,

корреспондент Вологодской ассоциации специалистов сестринского дела

ноября 2013 года в городе Вологде чествовали победителей областного конкурса «Лучшая исследовательская работа». Организаторами конкурса выступили координационный совет по сестринскому делу департамента здравоохранения области совместно с Вологодской ассоциацией специалистов сестринского дела.

Основной целью конкурса стало распространение опыта исследований в сестринском деле для практикующих специалистов. Отметим, участие в конкурсе – дело сугубо добровольное. Вообще, проведение научных исследований не является обязанностью медицинской сестры или фельдшера, это дело профессиональной этики специалистов, которые пришли в свою профессию по зову сердца и нашли себя в ней. Вместе с тем, многие исследователи полагают, что качество сестринской помощи не может быть повышено до тех пор, пока наука не станет такой же традицией, как милосердие.

К конкурсным исследовательским работам предъявлялись очень строгие требования как к структуре и оформлению, так и к их содержанию. В заключении необходимо было последовательно изложить теоретические и практические выводы, выработать рекомендации. Выводы должны быть следствием исследования, не требовать дополнительных измерений, соответствовать поставленным задачам, лаконично сформулированы и не содержать общеизвестных истин. Рекомендации же должны включать конкретные предложения по практическому использованию полученных результатов.

Основными критериями оценки представленных на конкурс исследовательских работ стали самостоятельное проведение исследований, актуальность, научная новизна и практическое значение результатов работы, оригинальность основных положений и выводов.

Несмотря на столь высокие требования, свои исследовательские работы самостоятельно подготовили и представили 36 специалистов сестринского дела. После первого отборочного тура были выявлены 7 финалистов, которым предстояло очное состязание во втором этапе конкурса. Среди финалистов оказались представители Воло-



Итоги этого конкурса и церемонию награждения победителей мы провели 20 ноября на областном семинаре «Школа организаторов сестринского дела». Всем участникам конкурса вручили дипломы; финалистам – сборники «Практический опыт проведения научных исследований в сестринском деле» и полезные

подарки. Надеемся, что руководители лечебно-профилактических учреждений по достоинству оценят своих специалистов и найдут возможность дополнительного поощрения.

Хочется еще раз поздравить победителей и порадоваться тому, что идея этого конкурса была встречена специалистами с энтузиазмом, что «первый блин» не стал комом. Вологодская ассоциация специалистов сестринского дела и далее будет поддерживать традицию проведения таких конкурсов, призванных стать некой путеводной звездой для личностного развития и профессиональной компетентности специалистов сестринского дела Вологодчины.

Конкурсные работы участников помогли выявить и болевые точки нашего здравоохранения, проведенные исследования имеют важнейшее практическое значение для разных медицинских служб. Их результаты положительно отразятся на качестве ухода за больными, будут способствовать повышению престижа профессии медицинской сестры.



годской областной детской больницы, Вологодской городской детской поликлиники № 1, Великоустюгской ЦРБ, Кич-Городецкой ЦРБ, Череповецкой городской больницы № 2, Кирилловской ЦРБ, Вологодского родильного дома № 1.

Финалистам конкурса предстояло публично защитить свою работу и уложиться в отведенные для этого 10 минут. При этом оценивалась полнота и качество презентации, качество ответов на вопросы конкурсной комиссии, логическая структура выступления, аргументация выводов, умение представить собственную по-

зицию по теме исследования, а также ораторское искусство.

Самым ярким и профессиональным, по оценкам конкурсной комиссии, стало выступление А.И. Васильева, фельдшера ОСМП Кирилловской ЦРБ, представившего свою работу на тему «Оценка качества фельдшерской догоспитальной помощи тяжело пострадавшим в ДТП». Александру Ивановичу были поставлены самые высокие оценки по всем критериям, он и стал победителем конкурса.

Второе место заняла Ольга Владимировна Новикова, медицинская сестра Череповецкой городской боль-

ницы № 2, которая достойно представила работу «Содержание деятельности медицинской сестры отделения медикосоциальной помощи в решении социальных проблем детей-инвалилов».

Третье место было присуждено Нелли Николаевне Михайловой, помощнику врача-эпидемиолога Вологодской городской детской поликлиники № 1 за отлично продуманное исследование на тему «Динамика и структура заболеваемости детского населения г. Вологды острыми кишечными инфекциями установленной этиологии в возрастном и эколого-социальном аспекте».

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ФЕЛЬДШЕРСКОЙ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ТЯЖЕЛО ПОСТРАДАВШИМ В ДТП



■ Васильев А.И., фельдшер ОСМП, БУЗ ВО «Кирилловская центральная районная больница», Вологодская область, г. Кириллов

очетанная травма опорно-двигательного аппарата и внутренних органов относится к одной из тяжелых травматических болезней. Наиболее часто она наблюдается при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), что составляет от 28,5 до 41,2% [1, 3, 4].

В Российской Федерации из года в год происходит большое количество ДТП. По этому показателю наша страна занимает лидирующую позицию среди всех европейских государств. В 2012 году в России погибло около 30 тысяч человек, ранено в результате автокатастроф более 250 тысяч человек: лица, лишившиеся трудоспособности и оставшиеся инвалидами.



В России реализуется Государственная программа развития здравоохранения, в рамках которой до 2020 года поставлена цель снижения показателей смертности россиян от дорожно-транспортных происшествий до 10 на 100 тыс. населения (в настоящее время этот показатель составляет 25,2 на 100 тыс. населения).

За последние годы в связи с реформированием здравоохранения Российской Федерации наметилась тенденция к переходу от врачебных бригад скорой помощи к фельдшерским [2]. В связи с этим вопрос качества оказания фельдшерской помощи становится актуальным.

Цель исследования: оценить качество оказания фельдшерской догоспитальной помощи тяжело пострадавшим в ДТП.

Проведен анализ карт вызовов скорой медицинской помощи, историй

болезней и возвратных талонов у 106 пациентов, получивших тяжелую сочетанную травму в результате дорожно-транспортных происшествий на территории Кирилловского района Вологодской области за период 2010—2011 годы.

При анализе историй болезни установлено, что среди пострадавших были 48 (48%) женщин, 52 (52%) мужчины и 9 (9%) детей. Средний возраст пострадавших составил 39,01 (\pm 1,49) лет.

Травма водителя и пассажира о части и детали салона автомобиля наблюда-

лась у 104 (98%) пациентов, наезд на пешехода с отбрасыванием на дорожное покрытие у 2 (2%) пострадавших.

В структуре повреждений преобладала сочетанная травма: у 47% пациентов наблюдалась черепно-мозговая травма (ЧМТ) и тупая травма грудной клетки. Скелетная травма у 23% больных сочеталась с повреждением органов брюшной полости, у 19% пострадавших — с травмой органов грудной полости.

Из общего числа пострадавших 54% пациентов находились в состоянии травматического шока, 36% - геморрагического, а у 11% был как травматический, так и геморрагический шок. Для оценки степени тяжести шока использовался шоковый индекс Алговера. У 28% пострадавших наблюдался шок 1 степени (шоковый индекс – 0,8–1,0), у 62%- шок 2 степени (шоковый индекс – 1,0–1,5), a v 10% пострадавших наблюдался тяжелый шок 3 степени (шоковый индекс более 1,5). Следует отметить, что все случаи тяжелого шока 3 степени завершились летальным исходом в стационаре. Общая летальность составила 21%.

По данным карт вызовов скорой медицинской помощи время прибытия на место ДТП и начала оказания медицинской помощи в среднем составило 33, 14 (± 1,50) минуты. До 15 минут помощь была оказана 16 (15,0%) пострадавшим, от 15 до 30 минут – 40 (38,0%) пациентам, от 31 до 45 минут – 29 (27,0%), от 46 до 60 минут – 19 (18,0%) больным. 2 (2,0%) пострадавшим медицинская помощь была начата более чем через час с момента возникновения ДТП.

Инфузионная терапия проведена 66 (66,0%) пострадавшим, обезболивание – 80 (80,0%), иммобилизация – 89 (89,0%), остановка кровотечения – 37 (37,0%) пациентам.

При оценке качества оказанной медицинской помощи установлено, что у 40 (38%) больных были допущены серьезные диагностические ошибки, которые не позволили правильно организовать лечебные мероприятия. У 29 (27%) пострадавших, которые находились в состоянии шока, не была проведена инфузионная терапия. У 44 (42%) больных, которым требовалось обезболивание наркотическими анальгетиками, обезболивание проводилось лишь ненаркотическими препаратами. Одиннадцати пациентам (10%) не в полном объеме была оказана помощь при

остановке кровотечений: не проведена гемостатическая терапия у 7 (5%) больных, неправильно наложен жгут 4 (3%) пострадавшим, а 2 (2%) больных он вообще не был наложен. У 28 (26%) пациентов не выполнена иммобилизация, а у 30 (28%) пострадавших она проведена не правильно.

При анализе карт вызовов и историй болезни установлено, что на догоспитальном этапе оказания помощи 27 (25%) пострадавшим требовалось проведение первой врачебной помощи: 10 (9%) больным была необходима интубация трахеи, 17 (16%) – катетеризации центральной вены.

Таким образом, при ДТП преобладала сочетанная травма. Наиболее часто возникали повреждения скелета, органов брюшной и грудной полостей, а также ЧМТ. Сочетанная травма требовала оказания экстренной медицинской помощи в ближайшие 15 минут. Однако неотложная помощь у 80% больных было проведена в более поздние сроки. 70 больным с сочетанной травмой, которые находились в состоянии тяжелого шока, необходимо было выполнить большой комплекс неотложных мероприятий. Однако фельдшерские бригады допустили серьезные тактические ошибки: провели неадекватное обезболивание и иммобилизацию, отказались от выполнения инфузионной терапии. 27 пострадавших нуждались в проведении врачебных манипуляций, которыми не владеют фельдшера. Тактические ошибки при оказании помощи фельдшерскими бригадами на догоспитальном этапе способствовали ухудшению состояния больных и в ряде случаев привели к летальному исходу.

Рекомендации:

- 1. При тяжелой сочетанной травме экстренная помощь пострадавшим должна проводиться в течение 15 минут.
- 2. Все случаи лечебно-диагностических ошибок следует разбирать на экспертных комиссиях с участием фельдшеров.
- 3. Для повышения качества оказания фельдшерской помощи необходимо проводить конференции, учёбы.
- 4. Использовать альтернативные методы неотложной помощи у тяжело пострадавших пациентов (ларингеальная маска).

- 5. Для повышения эффективности лечебных мероприятий необходимо организовать врачебные бригады.
- 6. Привлекать врачей стационаров к участию в обучении среднего медицинского персонала с целью обеспечения преемственности лечения на догоспитальном и госпитальном этапах её оказания.
- 7. Разработать алгоритм взаимодействия спецслужб (МВД, МЧС, служба скорой помощи) при возникновении ДТП с пострадавшими на территории Кирилловского района Вологодской области.
- 8. Укомплектовать бригады СМП, участвующие в оказании медицинской помощи пострадавшим в ДТП в соответствии с перечнем оснащения (приложение 13 приказа Министерства здравоохранения РФ № 100 от 26 марта 1999 г. «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации»).
- 9. Организовать фельдшерские выездные бригады в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 179 от 01.11.2004 года «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» (фельдшерская выездная бригада скорой медицинской помощи включает в свой состав двух фельдшеров, санитара и водителя).
- 10. Разработать районную программу «О медицинском обеспечении пострадавших в ДТП на территории Кирилловского района».

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма / Пер. с англ. М.: Издательство «Весь Мир», 2004. 280 с.
- 2. Данилова О.Ю. Повышение эффективности медицинской помощи на догоспитальном этапе при дорожно-транспортных повреждениях / О.Ю. Данилова // 2005. Режим доступа: http://www.healthroad.ru.
- 3. Мыльникова Л.А. Совершенствование медицинской помощи пострадавшим при ДТП на догоспитальном и госпитальном этапах оказания медицинской помощи / Л.А. Мыльникова // 2004. Режим доступа: http://www.healthroad.ru.
- 4. Солодунов Е.П. Совершенствование организации травматологической помощи в сельской местности / Е.П. Солдунов // Травматология и ортопедия России. 2007. № 3. С. 83–86.



ИННОВАЦИИ В СВОЕЙ РАБОТЕ СОВМЕСТНО ОБСУДИЛИ МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ОПЕРАЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЙ И ЦСО

орядка 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.

Не скроем, перед началом мероприятия организаторов одолевали волнение и тревога – как все пройдет, будет ли интересно, даст ли конференция специалистам операционного дела и специалистам стерилизации что-то новое?

Наши ожидания оправдались с лихвой. На каждом совещании, секционном заседании, круглом столе звучали интересные и острые доклады, проливающие свет на значительные пробелы в практике, нехватку знаний, неполноценное использование тех ресурсов,

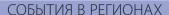
орядка 400 специалистов из которые у специалистов давно име-37 регионов России, а также дру- ются.

Открывая конференцию, президент РАМС, Валентина Саркисова мотивировала участников мероприятия на дискуссию и обсуждение проблемных вопросов – вопросов хирургической безопасности, инфекционного контроля, эффективного взаимодействия членов операционных бригад, сотрудников оперблока и отделения стерилизации. Президент призвала делегатов внимать всему новому, помнить, что даже работая в ультрасовременных клиниках, многие смогут обнаружить новый и ценный для себя опыт.

Со своей стороны Ассоциация подготовила для развития операционного дела благодатную почву. «Два года назад была создана специализированная секция, мы вступили в Европейскую ассоциацию операционных сестер, подготовили проект профессионального стандарта по специальности «Операционное дело», провели не одну конференцию..., мы создали раздел секции операционных сестер на

вэб сайте Ассоциации, открыли пространство на форуме, чтобы расстояния и различия часовых поясов не препятствовали регулярному общению медицинских сестер, актуальные статьи по операционному делу регулярно появляются на страницах журнала Вестник. В течение нескольких лет Ассоциация отстаивает высшее образование по специальности «сестринское дело», при этом мы убеждены, что в число специальностей, для которых старт профессиональной практики должен начинаться с получения степени бакалавра должны войти и операционные сестры. И национальной, и региональными ассоциациями для операционных сестер сделано немало, ответное слово и ответные действия за вами - специалистами!», подчеркнула Валентина Антоновна.

С докладом о роли операционных сестер в хирургии высоких технологий выступил главный хирург Санкт-Петербурга, главный внештатный торакальный хирург России, главный врач НИИ Фтизиопульмонологии, д.м.н., декан





медицинского факультета СПбГУ, профессор П.К. Яблонский.

Пётр Казимирович подчеркнул, что медицинская сестра в команде профессионалов должна стать равноправным



партнером. Медицинской сестре нужны не только знания, но и талант коммуникации с разными членами команды, чтобы отстоять когда необходимо, свое мне-

ние, чтобы никто не упустил из виду те вопросы, за которые отвечает сестра. В хирургии мелочей не бывает. Если забыть о самой незначительной детали, весь план оперативного вмешательства, вся кропотливая работа команды может быть сведена к нулю. Но, главное, на кону при этом будет стоять жизнь и здоровье пациента.

Петр Казимирович привел пример критической ситуации, возникшей в ходе оперативного вмешательства, а причиной всему послужило невнимание к тщательной подготовке операции. Если бы бригада применила чеклист, то риски пациента были бы сведены к минимуму.

Профессор Яблонский говорил не только о талантах операционных сестер, но и о колоссальной нехватке кадров - потому что профессия непопулярна, потому что заработная плата заставляет людей не жить, а выживать, потому что рынок труда – среда конкурентная, и нам пока не удалось занять на этом рынке привлекательную нишу.

Большие пробелы есть и в подготовке кадров, особенно в клинической подготовке. И пропорции времени, отведенные на теорию и практику у нас не сбалансированы, и качество клинической подготовки сомнительно. В результате, выходя на работу, ни медицинские сестры, ни молодые врачи не могут нормально об-

Никто не сомневается, что операционные сестры сотканы из самой прочной ткани – стрессоустойчивой. Если у человека хватает решимости ежедневно выполнять работу, от которой зависит чья-то жизнь, значит он на многое способен. Тем не менее, нервная система, какой бы крепкой ни была, быстро изнашивается. Операционным сестрам и всем специалистам, работающим в отделениях экстренной помощи стоит об этом помнить и уметь о себе заботиться. Конкретными практическими рекомендациями с участниками кон-



ференции поделилась Татьяна Рябова, к.п.н., докафедры цент психологии Казанского медицинского университета. Надеемся, что данные рекомендации, опу-

бликованные в этом выпуске Вестника, будут полезны многим специалистам здравоохранения. Старайтесь не пренебрегать своим душевным и эмоциональным состоянием, берегите свое здоровье!

Всем известно, что операцию проводит хирургическая бригада, в ее составе есть хирурги, анестезиологи, медицинские сестры анестезисты и операционные сестры. Однако есть и другие специалисты – бойцы невидимого фронта – от работы которых зависит исход всей операции. Это сотрудники отделений стерилизации. Не смотря на то, что и операционные сестры, и медицинские сестры отделений стерилизации работают ради одной цели, их взаимодействие зачастую далеко от идеала. Стараясь решить такого рода проблемы, Оливер Уильям, руководитель отделения стерилизации в крупном хирургическом центре Бельгии Эпикур, член Правления ЕОРНА, сумел разработать модель, позволяющую и тем и другим специалистам работать в едином ключе.

Операционные медицинские сестры самые решительные и стрессоустойчивые, однако им обязательно нужно заботиться о своем эмоциональном и душевном состоянии.

«В процессе подготовки и проведения хирургических вмешательств инструментарий проходит длинный путь. На этом пути возможны разные проблемы – инструменты мо-

гут теряться, неправильно учитываться, портиться из-за неправильной обработки, или из-за того, что просто истек срок их жизни, они могут быть направлены не в ту операционную, или могут вернуться из операционной не в идеальном виде – все это становится благодатной почвой для взаимных упреков, споров и разногласий. Падение морального духа, низкая степень сотрудничества и взаимопонимания между коллегами неминуемо приведут к проблемам качества и безопасности помощи. Поэтому, сигналы неблагополучия в работе команды должны стать сигналом к действию со стороны руководителей. Что можно предпринять? Адекватным выходом из положения могут стать – совместные заседания операционных и стерилизационных сестер, совместные разборы проблемных ситуаций, совместные конференции, совместное обучение, мини-стажировки операционных сестер в отделении стерилизации, и наоборот. Если специалисты будут осознавать объем и специфику работы друг друга, им будет легче найти общий язык. В этом случае операционная сестра не вскроет

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО



большой стерильный набор инструментов, чтобы воспользоваться лишь одним из них, она постарается найти его в индивидуальной упаковке. А медицинские сестры отделений стерилизации будут готовы идти навстречу операционным сестрам и готовить те наборы и индивидуальный инструментарий, в которых может возникнуть необходимость», заключил в своем выступлении Оливер.

Секционные заседания конференции подтвердили, насколько актуальными являются задачи укрепления работы в команде, совместного обучения и совместного планирования работы между медицинскими сестрами отделений стерилизации и ЦСО. Плодотворно прошла и работа секций, и работа круглых столов. Многим участникам удалось побывать в стационарах и лично познакомиться с практическими достижениями организаторов сестринского дела. В клинике им. Алмазова гости конференции смогли посетить ультрасовременные операционные - здесь проводятся сложнейшие операции, включая трансплантацию органов, здесь к сестринскому персоналу предъявляются особые требования,

в ответ на которые в клинике был создан свой учебно-методический центр, где работники не только клиники Алмазова, но и других учреждений, могут пройти повышение квалификации или стажировку. В Ленинградской областной клинической больнице гвоздем программы профессионального визита стало отделение стерилизации. Его работа отлажена как механизм швейцарских часов. Инвестировав некогда в создание отделения большие средства, сегодня ЛОКБ видит большую отдачу не только в виде своевременного качественного обеспечения работы всех отделений клиники, но и выполнение отделением внешних заказов. Оборудование, закупленное для оснащения ЦСО, работает на полную мощность 24 часа в сутки и 7 дней в неделю.

Два дня работы конференции пронеслись на огромной скорости, зарядив всех участников знаниями и энергией для последующей работы и объединим всех в большую и сильную команду единомышленников. На прощание Оливер Уильям напомнил коллегам о том, что друг без друга они жить больше не смогут – операционным сестрам и хирургическим бригадам нечем будет выполнять операции, а у медсестер из ЦСО без коллег из операционных пропадет весь смысл профессиональной жизни.

КОНСОЛИДАЦИЯ ЛУЧШИХ ПРАКТИК – ЗАЛОГ КАЧЕСТВА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ

перационное отделение – сердце хирургического стационара, и, как любой непрерывно работающий орган оно нуждается в постоянной структуре, обеспечивающей его потребности. Центром обеспечения для операционного отделения является ЦСО.

В практической деятельности очень часто сотрудники этих подразделений не вникают в нюансы работы друг друга.

Современная операционная медицинская сестра обязана знать и владеть методиками стерилизации точно так же, как медицинская сестра ЦСО должна знать назначение, конструктивные особенности и применяемые методы ПСО и стерилизации хирургического инструмента. Этим и было обусловлено решение РАМС о проведении совместной конференции медицинских сестер оперблока и ЦСО. Работа велась и в залах заседаний, и за их пределами. Своим опытом поделились коллеги из Польши, Бельгии, взаимный интерес касался не только профессиональной деятельности – жизнь вне операционной, интересы, увлечения, особенности обучения обсуждались за чашкой кофе, в теплой и доброжелательной обстановке.

На конференции удалось обсудить массу вопросов и наших болевых точек – «Операционная медсестра не должна быть заводом по производству перевязочного материала», в этом мы все солидарны с коллегой из Польши. Да, к великому сожалению, и сегодня, в 21 веке, специалисты высокого класса перекручивают сотни метров марли своими профессиональными руками,













загружая ЦСО работой, которую можно исключить, освободив людей от упаковки, значительно снижая нагрузку на автоклавы, исключая при этом возникновение ИОР (уточним, что это).

Специальные вопросы операционной практики обсуждались на заседании секции.

Доклады, озвученные на заседании, затрагивали разные сферы деятельности операционной медицинской сестры – организация работы, профилактика инфекций, обучение и работа с молодыми специалистами.

Особый интерес вызвала аналитическая работа Елены Леонидовны Жигаловой из Новосибирска, посвященный правильному и безопасному позиционированию пациента на операционном столе. Сообщение опиралось на международный опыт и результаты научных исследований. Для многих делегатов конференции стало открытием, что одна из причин возникновения пролежней у послеоперационных больных – неправильное расположение на операционном столе, неправильное распределение давления на определенные части тела в интраоперационном периоде.

Презентации участников демонстрировали не только имеющийся опыт работы, но и давали представление о современном подходе к оснащению

ЛПУ. На слайдах мы могли видеть ультрасовременные оперблоки, оснащенные дорогостоящим оборудованием, созданным с применением буквально космических технологий..., но как на фоне этой техники резонирует бязевое операционное белье, эмалированные и стеклянные емкости на рабочем столике... Хотелось призвать коллег – «Покажите эти снимки администрации своей клиники, такого быть не должно, это несовместимые вещи! Если находятся средства на дорогостоящее оснащение, то нельзя забывать о простых, но не менее важных сопутствующих предметах. Надо отстаивать свои позиции, ведь в конечном итоге, это тоже условие безопасности пациента».

Вообще, вопросам безопасности мы посвятили большую часть рабочего времени.

Пациент беззащитен перед нами и доверяет нам полностью. Обязательство оправдать его доверие— стандарт профессионалов! Шаги, необходимые для достижения уверенности выполнения условий безопасности:

- Обязательный правильный анализ ошибок;
- Подбор команды по критериям психологической совместимости;
- Применение чек-листа BO3 по хирургической безопасности пациента.

Чек лист обсуждался во всех аспектах – как внедрить, кто должен заполнять, как хранить, каков юридически вес документа. Не на все эти вопросы у нас есть ответ, его нужно искать опытным путем в каждой конкретной клинике, а уже после, оценив все российские особенности, сформировать некую единую рекомендацию по внедрению чек-листа.

Обсудить удалось и вопросы образования. Участники секционного заседания выразили поддержку стремлению РАМС добиться бакалавриата для операционных сестер. изменений требует и непрерывное последипломное образование – повышение квалификации раз в пять лет – традиция далекого прошлого, несовместимая с современными темпами развития хирургической практики. необходима смена как подходов к обучению, так и его содержания.

Хочется искренне поблагодарить всех докладчиков и участников секции, участников открытого микрофона и делегатов конференции.

Наталья Фалеева, Главная медицинская сестра Красноярского краевого госпиталя для ветеранов войн, Руководитель секции РАМС







ПОДЪЕМНЫЕ УСТРОЙСТВА — ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ И СОВРЕМЕННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ



Архипова А.А., старшая медсестра ОРИТ № 1, ГБУЗ



Тюпакова О.Ю., медсестра-анестезист ОРИТ № 1, ГБУЗ ЛОКБ

Актуальность принципов эргономики в профессиональной практике медицинских сестер

Как показывает опыт и практика, дольше и тяжелее всего болеют полные люди. Скорее всего, каждый из нас в своей практике сталкивался с пациентом, течение болезни которого могло быть несколько иным (более легким), если бы не мешал излишний вес. Также встречаются пациенты, про которых говорят «тяжелая кость» или же высокие пациенты в своей весовой категории. Смысл в том, что все вышеперечисленные категории пациентов тя-:

мостоятельно передвигается и не страдает дефицитом самоухода, то его лечение проходит по запланированным схемам. Если же состояние пациента не позволяет ему существовать автономно, то вся тяжесть нагрузки, в прямом смысле этого слова, ложится на плечи и спины медицинских работников. Как следствие, боли в спине. С этим недугом рано или поздно сталкивается каждый человек, но медицинские работники – это отдельная категория.

Нам не удалось обнаружить общероссийской статистики по вертебральной травме. Согласно данным, предоставленным Национальным центром медицинской статистики США, хронические болезни спины и позвоночника являются доминирующей группой среди заболеваний населения США, поражающих лиц трудоспособного возраста в возрасте до 45 лет. Такие страны как Швеция, которые имеют в своем распоряжении традиционно хорошую статистику профессиональных несчастных случаев, показывают, что скелетно-мышечные травмы появляются в два раза чаще в службах здравоохранения, чем в других сферах дея-

Боли в спине могут быть резкими или ноющими, постоянными или острыми – в любом своем проявлении они создают дискомфорт, мешающий нормально работать и спокойно отдыхать. Практически невозможно плодотворно трудиться, если накануне вас всю ночь беспокоили болевые ощущения в области спины или шеи. Бывает и

желые по весу. Если такой пациент са- : боли в спине развивается настоящая депрессия. Медицинская статистика на этот счёт весьма неутешительна треть всех случаев инвалидности в нашей стране связаны с несвоевременным обращением к специалистам по поводу боли в спине. Конечно, перемещая пациента, мы можем обратиться к такой научной дисциплине, как эргономика. Но, к сожалению, никакие практические навыки не спасут медсестру или сиделку от поднятия тяжестей и применения опасных методов. Опасных, прежде всего для нашего здоро-

> Но нам с вами повезло. Вероятно, милосердие и человеческое сострадание стали импульсом для создателей первых подъемных устройств, для людей неспособных перемещаться самостоятельно.

История создания подъемных механизмов

Как ни удивительно, но история подъёмных механизмов отсылает нас к античным постройкам – египетским пирамидам и шедеврам древнего Рима. Самые первые устройства, служившие для подъема грузов, состояли из катков, рычагов и наклонных плоскостей, но уже в V до н.э в древней Греции использовалось подъемное устройство, называемое «журавль», в котором помимо рычагов, применялись и промежуточные элементы (веревки, цепи, канаты). Первым документальным свидетельством изобретения подъемника является пергамент 236 года до н.э. Первый электрический грузовой подътак, что на фоне постоянной ноющей : емник был разработан немецким изо-







бретателем Вернером фон Сименсом и представлен на всемирной выставке Маннхайм в 1880 году. Этот год стал настоящей вехой в истории подъемных механизмов, и в частности, в истории подъемников для перемещения пациентов, потерявших способность ходить. В каталоге одной британской компании от 14 декабря 1880 года была размещена статья о «невероятной медицинской новинке» Invalid-Lift (то есть «Подъёмник для инвалидов»). Конструкция описывалась, как последнее слово медицинской техники, призванное облегчить уход за тяжелобольными, лежачими пациентами. Отсчет ис- : тории подъемников для людей с ограниченными возможностями принято вести именно с этого момента. Среди самых известных подъемных устройств 19го века упоминаются: подъемная жердь, кровать с поднимающейся головной секцией и кровать с поворотным остовом.

Самое большое количество изобретений, связанных с подъемными механизмами для транспортировки пациентов, приходится на 1950е года. С 1939 по 1954 год шесть изобретателей совершенно независимо друг от друга разработали практически идентичные конструкции для полного или частичного подъема пациента. Первым серийным мобильным подъемником для перемещения пациентов стал подъемник Хойера (Hoyer Lift). В 1940 был готов первый образец изобретения Хойера, изменившего жизнь сотен тысяч пациентов с ограниченными возможностями. Подъемник Хойера стал первым подъемником, который из больничного стационара пришел в обычные дома в помощь ухаживающим за тяжелобольными, а его конструкция до сих пор считается классической. В 1948 году в научной литературе был впервые описан электрический статичный подъемник. Ученые





зок на теле пациента. В 1960х внимание изобретателей было в большей степени обращено на подъемные устройства для ванны. Первый патент на изготовление гидравлического подъемника был оформлен в Англии в 1960 году, однако уже в 1967 году модель была снята с производства, поскольку не удовлетворяла потребностям инвалидов и стоила огромных денег. С 1960 по 1970 было разработано, по крайней мере, шесть моделей подъемных механизмов для ванны. В частности, появились первые кресла-подъемники, устанавливающиеся прямо в ванну, а также стационарные подъемные ванны, которые значительно облегчили медсестрам процедуру купания пациента.

Если обратиться к специальной литературе, то учебное пособие «Основы ухода за больными на дому» является замечательной иллюстрацией тому, как совсем еще недавно рекомендовали поднимать и перемещать пациентов. Для подъема и перемещения пациента требуется не менее трех медсестер. Медицинские сестры буквально держат пациента на весу. То есть получают достаточно серьезную нагрузку на мышцы спины. Также хочу отметить, что не всегда можно собрать команду для того времени пишут о нем, как об : подъема и перемещения пациента. : ной собственного здоровья.

устройстве, облегчающем смену повя- : Случаются ситуации, когда не то что трех, а и двух медицинских сестер просто нет

> Итак, мы понимаем, что даже знание и использование правил и принципов эргономики не всегда спасает медицинских работников от травматизма. Заболевания и травмы спины представляют собой проблему, весьма распространенную у медсестер. Ее общественное и экономическое значение может быть сведено к минимуму с помощью применения эргономических принципов и технологий в организации рабочей среды медицинских сестер.

> Год назад в рамках подготовки к Всероссийскому форуму медицинских сестер, организованному РАМС, нами было проведено анкетирование медицинских сестер на предмет применения в своей практике принципов эргономики. Мы получили ответы из разных регионов страны. Были опрошены медицинские сестры со стажем работы от 1 до 10 лет, и более. Полученные данные позволили сделать вывод о дефиците знаний и навыков соблюдения правил эргономики. Тем не менее, эргономика и технические приспособления постепенно входят в нашу жизнь, освобождая медицинский персонал от перемещения тяжелых пациентов це-







Опыт использования подъемных устройств в Отделении реанимации № 1 Ленинградской областной клинической больницы

Первое подъемное устройство наше отделение получило в 2008 году. В течение последующих лет возможности подъемника оправдали себя неоднократно. Единственный минус в использовании: мощность устройства позволяла поднимать до 120 килограмм. Тем не менее, такое устройство позволяет не только поднимать и перемещать пациента в специальной люльке, но и осуществлять необходимую транспортировку.

Еще одна проблема связана с положением пациента в постели. Поднимая изголовье постели пациента, мы используем разные цели. Но через некоторый промежуток времени, под тяжестью собственного веса, пациент спускается вниз. Использование подъемного устройства позволяет быстро и не травматично для медицинских работников, вернуть пациента в исходное положение. Также подъемник можно использовать для подъема пациента с пола и так далее.

В 2013 году мы получили новый подъемник. Его грузоподъемность – 150 килограмм. И, наконец; в рамках модернизации, в процессе ремонта, в нашем отделении были установлены

потолочные системы. Их применение необходимо при перемещении физически недееспособных пациентов. Этот процесс максимально комфортен и безопасен как для больного, так и для обслуживающего персонала. Пользователи быстро осознают преимущества потолочной подъемной системы. Потолочный подъемник всегда доступен и не занимает драгоценную площадь помещения, он настолько прост в обращении, что любой может с легкостью им пользоваться. С подъемным механизмом уход за пациентом требует минимума усилий, одновременно обеспечивая максимум безопасности. Грузоподъемность такого устройства -200 килограмм и оно полностью отвечает современным высочайшим стандартам функциональности, безопасности и доступности. Использование потолочных подъемных систем с применением специальных гигиенических сеток дает возможность проводить санитарно-гигиеническую обработку, не опасаясь, что пациент упадет или выскользнет из рук, что предотвращает риск травматизма.

Особо чувствительных к боли пациентов необходимо поднимать с наивысшей степенью осторожности. Сетки с мягкими прокладками и многочисленными креплениями, равномерно распределяющими нагрузку, уменьшают давление на отдельные части тела

пациента. Для пациентов с ожоговыми и пролежневыми проблемами потолочный подъемник оснащен комплектом для перемещения в горизонтальном положении. Он создает ощущение нахождения на ровной поверхности и подходит также для перемещения пациентов с травмами позвоночника.

Потолочные подъемные системы также могут быть использованы как тренажер для обучения навыкам ходьбы и как устройство при вставании пациента с кровати или с пола, из положения сидя или лежа в положение стоя.

Выводы

Прежде всего, первичная профилактика болезней спины на рабочем месте включает в себя использование эргономических принципов и технической помощи, объединенных с физическим укреплением и специальным обучением сотрудников. Конечно, сложно менять многолетние привычки. Кто-то охотно будет вводить новую дисциплину на практике, кто-то решит для себя, что старые методики удобнее. И, всетаки, вопреки предубеждениям, присущим сестринскому персоналу, часть которого скептически оценивает техническую помощь в подъеме, перекладывании и перемещении пациентов, важность эргономических подходов возрастает.



ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ АУТИЗМА

Только люди, пораженные одинаковым недугом, понимают друг друга. Франц Кафка

Всемирный день распространения информации о проблеме аутизма ООН уделяет особое внимание улучшению благосостояния детей с трудностями в развитии 2 апреля Всемирный день распространения информации о проблеме аутизма. Цель этой даты – подчеркнуть необходимость помогать людям, страдающим неизлечимым заболеванием, и повышать уровень их жизни. Численность детей, страдающих аутизмом, высока во всех регионах мира и имеет громадные последствия для детей, их семей, общин и обществ. Предполагается, что день 2 апреля специализированные государственные и общественные организации должны посвящать распространению информацию об этом заболевании – например, проводить лекции или выпускать буклеты. Аутизм – это нарушение развития нервной системы, которое проявляется в течение первых трех лет жизни. Это заболевание диагностируется при наличии трех симптомов: недостатка социальных взаимодействий, нарушенной коммуникации, ограниченности интересов повторяющегося репертуара поведения.

ЛЮБОВЬ К ПРОФЕССИИ ЧЕРЕЗ ВСЮ ЖИЗНЬ

ондаренко Нина Кирилловна служит медицине уже 57 лет, из них 46 лет отданы ставшему уже родным Областному противотуберкулезному диспансеру имени М.Б. Стоюнина в городе Иваново. Из них в течение 26 лет Нина Кирилловна занимает ответственную должность старшей медицинской сестры отделения диагностики туберкулеза легких.

Бондаренко Нина Кирилловна родилась в 1938 году, годы ее детства пришлись на тяжелое военное время. Родная старшая сестра ее в 1941 году ушла добровольцем на фронт, несмотря на то, что ей едва исполнилось 17 лет, всю войну она проработала медсестрой во фронтовых госпиталях.

Героический пример старшей сестры помог Нине Кирилловне определить свое профессиональное предназначение в жизни. В 1955 году она получила диплом по специальности «медицинская сестра». В составе молодых энтузиастов, стремящихся на целину, она уехала в Тюменскую область и начала свой профессиональный путь в районной больнице.

– «Это были сложные, но очень интересные годы работы» – признается Нина Кирилловна, – «В больнице на 50 человек, где были выделены койки для терапевтических, хирургических, инфекционных больных, кроме того, 5 коек в качестве родильного отделения, работало всего 3 медсестры – старшая медсестра, операционная и я, палатная медсестра. Врачи в то время не дежурили, и ночью, при необходимости, если не справлялись сами, приходилось бежать к врачу домой».

В работе приходилось довольствоваться всеми доступными и подручными средствами – «в послевоенные годы не было современного оборудования, достаточного количества инструментария, дезинфицирующих





средств, из антибиотиков был только пенициллин» – вспоминает Н.К. Бондаренко.

За 2,5 года работы на целине Нина Кирилловна практическим путем освоила смежные профессии – операционной медсестры, акушерки, медсестрыанестезистки. «Приходилось ассистировать хирургам и давать самостоятельно масочный наркоз эфиром, капая его через марлю. Дважды за всю медицинскую практику мне довелось принимать роды, надо сказать, очень ответственная и трудная задача», вспоминает заслуженная медицинская сестра. Условия труда и жизни иногда были очень тяжелыми, порой невыносимыми, но именно в таких условиях закалялся характер и приобретался бесценный профессиональный опыт.

Во фтизиатрию Нина Кирилловна пришла в 1967 году, и не изменяет выбранному пути и по сей день. С 1986 года и по настоящее время занимает должность старшей медицинской

сестры. Имеет высшую квалификационную категорию по специальности «Сестринское дело», звание «Ветеран труда», является членом Ивановской областной общественной организации медицинских сестер и средних медицинских работников.

– «Фтизиатрия – это особый раздел медицины, а больные туберкулезом люди – это уязвимая категория пациентов, к которым требуется индивидуальный подход» – говорит Нина Кирилловна.

Нина Кирилловна пользуется заслуженным авторитетом у пациентов и коллег, имеет заслуженные награды от органов управления здравоохранения Ивановской области, дорогого и любимого диспансера, от общественных организаций, а самое главное от своих пациентов.

На примере своего многолетнего труда Нина Кирилловна сполна доказала преданность и любовь к своей профессии.

№ 5 Декабрь—2013 25

15 минутная обработка инструмента в условиях операционной

СРЕДСТВО БИОНСА®:

- Не содержит в своем составе токсичных биоцидов глутарового альдегида, фенолов, хлорсодержащих соединений
- Средство обладает пониженным токсическим действием из-за низкого суммарного содержания действующих веществ, не оказывает аллергизирующего действия
- Обладает хорошими моющими свойствами, не коагулирует биологические загрязнения
- Не вызывает коррозии, несмотря на кислый характер
 Не повреждает обрабатываемые изделия
 из различных материалов
- Снимает темный матовый налет, инструмент приобретает характерный блеск нового инструмента
- Не требует фенолфталеиновой пробы

Технология обработки хирургического инструмента способом совмещения дезинфекции и ПСО традиционно применяется в России с целью экономии времени и средств. Развитие современных малоинвазивных хирургических технологий привело к усложнению конструкций инструментов и резко повысило требования к качеству очистки. Достигнуть требуемый уровень очистки сложного инструмента оказалось возможным только разделив стадии дезинфекции и очистки на самостоятельные процессы. Инструмент после использования подвергается дезинфекции, а затем самостоятельной очистке (СанПин 2.1.3. 2630-10).

ДЕЗИНФЕКЦИЯ + ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННАЯ ОЧИСТКА



Средство БИОН СА® - дезинфицирующее с моющим эффектом на основе комплекса двух ЧАС совместно с комплексом специально подобранных органических биоцидных кислот, включая молочную кислоту.

РЕЖИМЫ ПРИМЕНЕНИЯ В УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОЙКЕ

т.			
8	Рабочий раствор	Время экспозиции	Вид инфекции
	2%	15 мин.	вирусная, бактериальная (кроме туберкулеза) и кандидозы
	3%	10 мин.	вирусная, бактериальная, включая туберкулез,
			кандидозы и дерматофитии

ПЕРЕД ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКОЙ (САНПИН 2.1.3. 2630-10) ПРОВОДИТСЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ ЛЮБЫМ РАЗРЕШЕННЫМ В РФ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМ СРЕДСТВОМ, ОБЛАДАЮЩИМ МИНИМАЛЬНОЙ ФИКСАЦИЕЙ, МИНИМАЛЬНОЙ КОНЦЕНТРАЦИЕЙ РАБОЧЕГО РАСТВОРА И МИНИМАЛЬНЫМ ВРЕМЕНЕМ ЭКСПОЗИЦИИ.

СРЕДСТВО ПАЛМЕР®:

- Решает проблему быстрой оборачиваемости инструмента
- Рабочий раствор малопенный, высокоэффективный и экономичный
- Имеет низкую эффективную концентрацию рабочего раствора – 0,1%
- 🔷 Энзимы инертны к любым материалам
- ♦ Оптимальный температурный режим работы от +20°C до +40°C
- Близкий к нейтральному рН обеспечивает качественное ополаскивание малым количеством воды по сравнению со щелочными средствами
- Не требуется проведение фенолфталеиновой пробы



ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННАЯ ОЧИСТКА

15 минут — время полной идеальной предстерилизационной очистки средством ПАЛМЕР® на основе комплекса энзимов и неионогенных ПАВ.

Принцип действия:

Энзимы — природные катализаторы. Это маленькие мобильные «фабрики» по разборке сложных веществ на простые. Например, белки «разбираются» на аминокислоты, углеводы — на молекулы глюкозы, жиры — на жирные кислоты и т.п.



www.bozon.ru



ЗА И ПРОТИВ

О ЧЕМ СЛЕДУЕТ ПОДУМАТЬ, СООБЩАЯ ПАЦИЕНТУ ПРАВДУ



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

Клинический случай

Врач болен раком легкого. Поверив диагнозу «хроническая пневмония», он еще в течение 3-х месяцев после установления диагноза продолжал работать: заведовал стационарным отделением, оперировал, вел общественную работу. При повторном лечении по поводу «хронической пневмонии» на столе у дежурной медсестры он увидел свою историю болезни и прочитал заключение рентгенолога по рентгенограмме легкого (центральный рак легкого). После этого он совершенно упал духом, выписался из больницы, перестал работать и вскоре умер.

Вопрос

Всегда ли правдивая информация о тяжелом заболевании является причиной «падения духа» у пациента?

Этический вопрос

Этот случай связан с тем, что медицинские работники обладают знанием о работе организма, о проявлениях симптоматики при различных состояниях, они осознают, каким является состояние здоровья человека. Во взаимодействии врача и пациента имеется существенный дисбаланс, проистекающий из наличия у медицинского работника профессиональных знаний и опыта, что ведет к возникновению

сложных этических вопросов. Например, что является этичным при консультировании пациента, при каких обстоятельствах, если в принципе это допустимо, этично сохранить часть информации в тайне или даже обмануть пациента и, наконец, поскольку мы руководствуемся принципом «Не навреди», как влияет на пациента правда или, наоборот, ложь?

Этический анализ

Исторически в кодексах этики медицинские работники практически не уделяли внимания вопросу о правдивом общении с пациентом, обсуждение этой проблемы скорее являлось исключением, нежели чем распространенной нормой. Для сравнения отметим, что у юристов и бухгалтеров издревле считалось недостойным обманывать своего клиента, а у медицинских работников обман часто практиковался и, более того, предписывался. Чтобы понять, почему таким образом формировались этические нормы медицины, стоит взглянуть на ту систему ценностей, в которой формировалась медицинская профессия.

До сравнительно недавнего времени первостепенное значение имело благополучие пациента. В иерархии

ценностей сообщение пациенту правды находилось в подчиненном положении и уступало принципу защиты пациента от вреда. Решения о том, что, когда и в каком объеме сообщать пациенту о состоянии его здоровья, принимались исходя из принципа благополучия пациента. Медицинские работники сопоставляли и взвешивали вред, который может нанести правда, и пользу, которую может принести ложь, пытаясь определить наиболее благоприятное для пациента решение вопроса. Сообщение пациенту правды связывалось с тяжелыми для него последствиями – тревогой и страданиями, как в приведенном здесь случае. Поэтому предпочтение отдавалось сокрытию правды, что обосновывалось принципом благополучия пациента или, по крайне мере, принципу не причинения вреда.

Тем не менее, за последние несколько десятилетий отношение работников здравоохранения к правде существенно изменилось.

Изменение отношения к правде стало следствием разных факторов. Во-первых, стало понятно, что правдивость с пациентом приносит меньше вреда, чем считалось ранее. В отношении тяжело больных людей это отчасти произошло в связи с тем, что тема



смерти и умирания перестала быть табу. Сегодня признается терапевтическая ценность правдивости. Даже преследуя цель обеспечения благополучия пациента, есть смысл сообщать правду.

Не менее важно и то, что изменилось понимание благополучия и блага для пациента. На смену традиционной патерналистской системы ценностей, в которой медицинский работник принимал все решения за пациента, пришла система других ценностей – ценностей сотрудничества, в которых первенство приобрели принципы автономии пациента, его обучения и осознанного, информированного участия в принятии решений относительно лечения. Ценность благополучия пациента в патерналистском смысле упала в той же пропорции,

в которой возросла ценность автономии пациента.

Этический консенсус на сегодняшний день, хотя и не единогласный, состоит в том, что у пациента есть право знать правду, даже если сообщение правды способно нанести вред. Однако, возможны исключительные ситуации, при которых морально оправдано сообщение пациенту не всей правды.

Главный аргумент в поддержку того, чтобы не говорить пациентам всей правды или даже обманывать их, состоит в том, что медицинские работники обязаны оберегать пациентов от вреда, а правда нанести вред все же способна. При этом речь идет об информации, которая может вызвать страдания пациента и усугубить его положение.

В ответ на это стоит сказать, что хотя долг не причинения вреда важен, у медицинских работников перед пациентами есть и другой долг, в том числе, долг говорить правду и уважать автономию пациента. Если сообщение пациенту правды будет иметь нежелательные последствия, то действительно возникнет конфликт с этическими нормами зашиты благополучия пациента и не причинения вреда. Чем более серьезный вред предвидят медицинские работники от сообщения правды, тем более серьезен этический конфликт между профессиональными обязательствами. Относительно таких ситуаций можно сказать, что разглашение пациенту правды будет определяться тем, к каким выводам придет медицинский работник, взвешивая все за и против.

МЕДСЕСТРА «ЗАКРЫТОГО» ТИПА

Николай МОНАСТЫРНЫЙ,

корреспондент интернет-издания Гатчинка.рф

сть в Гатчинском районе Ленинградской области больница, известность которой давно перешагнула границы муниципального образования. Это Санкт-Петербургское ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко». Или, говоря попростому, «психушка». Лечебное учреждение «закрытого» типа со своим уставом и многочисленными ограничениями для стороннего взгляда.

Тем не менее, люди здесь работают самые обычные. По крайней мере, внешне. Медсёстры – наиболее многочисленная прослойка медицинского персонала. К примеру, улыбчивая и неунывающая Валентина Науменко – процедурная медсестра первой категории психиатрического отделения для женшин № 14.

Валентина Сергеевна закончила Кольский медицинский колледж в Апатитах, после чего работала хирургической медсестрой в медсанчасти № 118 города Полярные Зори. Затем мужа-военного перевели служить



в Сиверский, и с 2002 по 2005 год Валентина трудилась палатной медсестрой в детском санатории «Берёзка». А с апреля 2005 года она влилась в дружный коллектив больницы Кащенко — сначала палатной, а затем процедурной медсестрой женского психиатрического отделения.

– Наша Валюша – человек ответственный, на которого можно положиться в любой ситуации, – такую характеристику дала подчинённой старшая медсестра отделения Наталья Егорова.

Впрочем, не боги горшки обжигают. Как призналась Валентина Сер-





я Шнит Валентина Науменко

геевна, переход от работы с детьми к работе с душевнобольными проходил с «осложнениями». И припомнила случай, произошедший во время забора крови у пациентки. Во время процедуры, стоя спиной к дверям, она получила сильный удар по спине. Тапком! Как оказалось, у больной, ждавшей своей очереди в коридоре, случился приступ внезапной агрессии. И спина медсестры Науменко приняла удар на себя. «Конечно, сначала было жутковато оставаться один на один с больными, но со временем привыкла, – признаётся Валентина. – Ведь необходимые навыки приобретаются только в ходе работы, с опы-TOM».

Цифры и факты

Как остроумно заметила главная медсестра лечебного учреждения Леся Николаевна Шнит, «больница Кащенко является своеобразным государством в государстве». Больница практически автономна и обладает всем необходимым, начиная от собственной аптеки и заканчивая подсобным хозяйством. На площади 24 гектара расположились около двух десятков корпусов, 7 из которых – лечебные, насчитывающие 1400 коек. Включая отделение для пациентов, утративших социальные связи. Персонал больницы составляет 1200 человек, из которых около 450 медицинские сёстры.

Обязанности медсестры Науменко схожи с обязанностями её коллег в любом учреждении. Это забор крови для лабораторных исследований и сопровождение приёма врача-специа-

листа, проведение вакцинаций по распоряжению врача-эпидемиолога и выполнение лечебных манипуляций, обеспечение отделения лекарствами и контроль за соблюдением санэпидрежима.

Вместе с тем, работа в психиатрической клинике имеет свои особенности. Но это не решётки на окнах и не постоянно закрытые двери. Точнее, не только это.

– Специфика нашей работы заключается в особом подходе к больным, – поясняет Валентина Сергеевна. – Здесь требуется деликатность. Ни в коем случае нельзя унижать пациента, несмотря на его, зачастую, неадекватное поведение. Именно поэтому медперсоналу, работающему в больнице, приходится проявлять немалое терпение и выдержку.

Медсестра Науменко отмечает, что возросло количество пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, онкологическими проблемами.

– Эта группа больных требует не только диагностических исследований и консультативной помощи врачейспециалистов, но и лечебных мероприятий, – продолжает Валентина. – Однако многие пациенты, страдающие психическим заболеванием, не только не желают проходить диагностику и курс лечения, но ещё и активно им сопротивляются. Поэтому требуется индивидуальный подход к каждому такому больному. Так что работать у нас сможет не всякий.

Хотя, надо признать, граждане «государства в государстве им. П.П. Кащенко» на жизнь не жалуются. Непро-



Процедурная

стой характер работы имеет весьма существенную компенсацию. Так, оклад по ставке Валентины Науменко, согласно должности и выслуге, составляет порядка 20 тысяч рублей в месяц. Без подработки. Плюс льготы. Плюс ранний выход на пенсию «за вредность».

По словам медсестры, они не испытывают нехватки лекарственных препаратов и медицинских кадров. В отделении имеется всё необходимое оборудование. Для поддержания микроклимата медики устраивают для пациентов праздники.

– Если честно, я оказалась в больнице случайно, – призналась Валентина Сергеевна. – Но уходить даже не думаю. Я очень люблю свою работу и получаю настоящее удовольствие от того, что приношу людям пользу!

И это так по-человечески: помогать тем, кто не может помочь себе сам.

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ: ДВИЖУЩАЯ СИЛА ПЕРЕМЕН — ЖИЗНЕННО ВАЖНЫЙ РЕСУРС В ПОДДЕРЖКУ ЗДОРОВЬЯ

ПОДГОТОВЛЕННЫЕ СЕСТРИНСКИЕ КАДРЫ + БЛАГОПРИЯТНАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ СРЕДА = КАЧЕСТВЕННАЯ ПОМОЩЬ

та простая формула, подтвержденная результатами многочисленных научных исследований, позволяет понять, как медицинские сестры могут принести максимальную пользу обществу. К сожалению, многочисленные исследования и официальные доклады свидетельствуют о том, что далеко не все страны и регионы мира движутся в заданном формулой направлении.

Для решения этой задачи необходимо осознавать глобальный контекст проблемы нехватки сестринской помощи – видеть реальную картину и положение вещей, грамотно вести планирование кадров как на государственном, так и на местном уровне, адекватно оценивать нагрузку на сестринские кадры, понять значение производственной среды, инвестировать средства в непрерывную подготовку и повышение уровня профессионализма работников. Этим ключевым вопросам посвящен документ, разработанный Международным Советом Медсестер с целью обсуждения темы профессионального дня работников в 2014 году.

Обращаясь к профессиональному сообществу медицинских сестер во всем мире, руководители Международного Совета Медсестер отмечают, что без достаточного числа отлично подготовленных специалистов нельзя будет вести речь о доступности и качестве медицинской помощи. Формулируя тему Международного дня медсестры, лидеры МСМ решили продемонстрировать, что армия специалистов сестринского дела составляет жизненно важный ресурс здоровья всего населения планеты. «Очень важно сформировать полноценную картину современного рынка труда в здравоохранении, увидеть пробелы в обеспе-



чении населения медицинскими сестрами, оценить влияние на профессию финансового кризиса...», говорится в официальном обращении руководителей международной организации.

Глобальная картина

Мир постоянно меняется и адекватно реагировать на эти изменения локальными мерами, не осознавая глобальной картины, достаточно сложно. На глобальном уровне все взаимосвязано и взаимозависимо, это касается и здравоохранения, и обеспечения кадрами. Рынок труда для медицинских сестер утрачивает границы. Многие страны облегчают процессы признания образования, полученного за рубежом, трудовая миграция медсестер - одна и характерных черт современности. Меняется и образование – расширяются возможности дистанционной подготовки специалистов. Меняются и фундаментальные принципы, в соответствии с которыми работают медицинские работники. Каковы же



особенности новой системы ценно-стей?

Прозрачность системы здравоохранения, доступность информации для пациента, его активное участие в управлении своим заболеванием, принятие решений на основе научных данных, в противовес традициям контроля лечебного процесса со стороны профессионалов, закрытости и порой секретности информации, принятия решений на основе подготовки и опыта.

В контексте изменившихся норм и ценностей, а следовательно и требований к медицинским работникам, наблюдается нехватка самих медицинских работников. Исследования, проведенные в разных странах, позволяют спрогнозировать, что в течение следующего двадцатилетия нехватка сестринских кадров будет варьировать от 22 до 29%. Отдельные страны, а к их числу относятся Австралия, Канада, США, уже заявили, что будут восполнять нехватку необходимых профессиональных сестринских кадров за счет привлечения работников извне.



Правление МСМ на 2013—2017 гг.

Однако стратегия рекрутинга кадров за рубежом не является идеальным решением проблемы. Как отмечают эксперты Королевского колледжа медсестер (Ассоциации медицинских сестер Великобритании), медицинские сестры Евросоюза свободны в передвижении и трудоустройстве, их перемещение не контролируется миграционными службами. С учетом сравнительно дешевого проезда, вероятно увеличение миграционных потоков медицинских сестер из стран Евросоюза в Великобританию, при этом правительство страны не сможет контролировать этот процесс.

Следовательно, без разработки адекватной кадровой политики не обойтись. Если речь идет о национальной стратегии, то важно учитывать мощности образовательных учреждений и работать в партнерстве с системой образования, принимать во внимание потребности системы здравоох-

Грамотность пациента в медицинских вопросах играет решающую роль в том, как он будет справляться с хроническим заболеванием. Такие заболевания требуют от пациента овладения сложной медицинской терминологией, изменения образа жизни, понимания хода заболевания, возможных обострений, знания, в каких ситуациях стоит обратиться за помощью. Знания нее, в большинств ими не обладаю исследования, предостаточно граны трудосписких вопросах, а раста пенсионного шинство – поряди

спективе, не допуская дисбаланса в подготовке тех или иных специалистов. Следует максимально использовать потенциал имеющихся кадров. Формировать более привлекательные условия труда, обеспечивать специалистов непрерывной подготовкой и обучением, адекватно оплачивать труд работников. Такие меры повысят эффективность труда и избавят от необходимости обучения чрезмерного числа новых специалистов.

ранения в настоящее время и в пер-

Определение нагрузки

Расчет потребности в кадрах связан с оценкой приемлемой профессиональной нагрузки. Зная, сколько работы на качественном уровне может выполнить специалист, можно рассчитать, сколько специалистов требуется в той или иной службе. Попытки измерить нагрузку на сестринский персо-

помощью. Знания – сила, тем не менее, в большинстве случаев пациенты ими не обладают. Согласно данным исследования, проведенного в Канаде, выяснилось, что 55% жителей страны трудоспособного возраста недостаточно грамотны в медицинских вопросах, а среди граждан возраста пенсионного таких людей большинство – порядка 88%!

нал в разных странах предпринимаются достаточно давно, вот только число успешных попыток оказалось не так велико. Слишком часто специалисты кадровых служб и департаментов в своих усилиях подсчитать объем сестринской работы ее чрезмерно упрошали.

Выяснить реальный объем и сложность работы медицинских сестер можно только с помощью детализированных подходов. Один из таких был предложен медицинскими сестрами Новой Зеландии. Они предложили учитывать среди факторов нагрузки не только количество пациентов, тяжесть их состояния, объемы необходимой помощи, но и то, как в учреждении построены процессы коммуникации, какую роль играют специалисты в обучении новых сотрудников, как организована работа служб поддержки.

Нужно больше медсестер или нужны другие медсестры?

Тезис о нехватке медицинских сестер очевиден, но насколько правильными являются наши представления о нем? Не находимся ли мы в плену стереотипов прошлого века? Пожалуй, пора признать, что облик сестринской профессии стремительно меняется.

Во многих странах вводится расширенная сестринская практика, при которой медсестрам делегируется часть врачебных полномочий. Идет и другой

процесс – медицинские сестры также делегируют часть своих задач либо другим работникам, либо самим пациентам! Вообще, пациент не только занимает центральное положение в системе оказания помощи, он сам приобретает активную роль по восстановлению и сохранению здоровья. А у медицинской сестры в этой связи возникает новая профессиональная задача — сформировать у пациента соответствующие навыки заботы о здоровье, повысить его грамотность в медицинских вопросах.

Итак, если мы думаем о кадровом благополучии, то непременно должны позаботиться о переопределении профессиональных ролей, о том, что огромная армия медицинских сестер призвана стать также армией учителей в вопросах здоровья. А на вооружении у современного учителя должны быть самые современные образовательные технологии — информатика и телемедицина, профессиональные форумы и сайты. Знания пациентам можно и нужно давать не только встретившись лично во время процедуры, но и с помощью он-лайн вещания.

И, наконец, количество не всегда перетекает в качество. Стоит задуматься, можно ли ожидать победы от армии, пусть и большой, но слабо вооруженной, плохо подготовленной и испыты-

вающей дефицит в довольствии? Так и в сестринском деле – важно думать не только о численности персонала, но и о том, в каких условиях работают люди, какая производственная среда сформирована в поддержку работы. К сожалению, руководителям зачастую нелегко сделать первый шаг в направлении инвестиций в сестринское дело, однако те, кто такие шаги делает, только выигрывают. Многочисленными исследованиями доказано, что инвестиции в благополучие сестринского персонала экономически выгодны сокращается текучесть кадров, сокращается количество больничных дней, растет удовлетворенность пациентов полученной помощью и рейтинг учреждения.

Важно помнить, что производственная среда понятие широкое, включает не только материальное стимулирование, конкретные бытовые и физические условия работы, обеспечение необходимым оборудованием и материалами. Здесь также речь идет о формировании особой атмосферы, корпоративной культуры, в которой все работники разделяют общие ценности, где каждый может проявить свои профессиональные таланты, где все нацелены на повышение эффективности медицинской помощи, работу в команде, открытую коммуникацию.

Перемены приходят сами?

Попробуйте задуматься, приходят ли перемены в нашу жизнь без нашего участия? Какие перемены приходят самостоятельно? Скорее всего, не перемены к лучшему! Чтобы перемены были во благо профессии, пациентов, всего общества, их агентами должны стать сами медицинские сестры.

Если нам не нравится, как к медицинским сестрам относятся на нашем рабочем месте, то именно на нас и лежит обязанность изменить ситуацию. Мы, медицинские сестры, должны осознать свою личную ответственность за то, каков имидж нашей профессии, за то, как к нам относится общество. У каждой медицинской сестры довольно широкий круг общения, задумайтесь, что лично вы сообщаете своим друзьям о профессии, как лично вы о ней говорите, много ли в ваших словах позитива? К сожалению, исследования показывают, что даже сами медицинские сестры, общаясь вне профессионального сообщества, склонны делиться негативной информацией, а вот об успехах своих коллег, о чем-то хорошем склонны умалчивать.

Давайте прислушаемся к девизу Международного дня медицинской сестры и возьмем на себя ответственность за долгожданные, прогрессивные и так нужные нашей профессии перемены!

Уважаемые коллеги!

Позвольте поздравить вас с Международным днем акушерки и Международным днем медицинской сестры, искренне поблагодарить вас за выбор профессии, за ежедневный труд, за стремление к новым знаниям и переменам к лучшему! Тема Международного дня медсестры этого года созвучна девизу Ассоциации — «Будущее профессии создадим вместе: доступность, открытость, информированность». Мы уверены, что среди вас немало настоящих лидеров профессии, которые понимают, что позитивные перемены не приходят извне, что только сами работники могут стать движущей силой перемен к лучшему. Многие из вас разрабатывают кодексы корпоративной культуры, возрождают институт наставничества, вводят системы поощрений и стимулирования кадров, отстаивают решение вопросов, связанных с улучшением бытовых условий труда, с улучшением материально-технического оснащения,



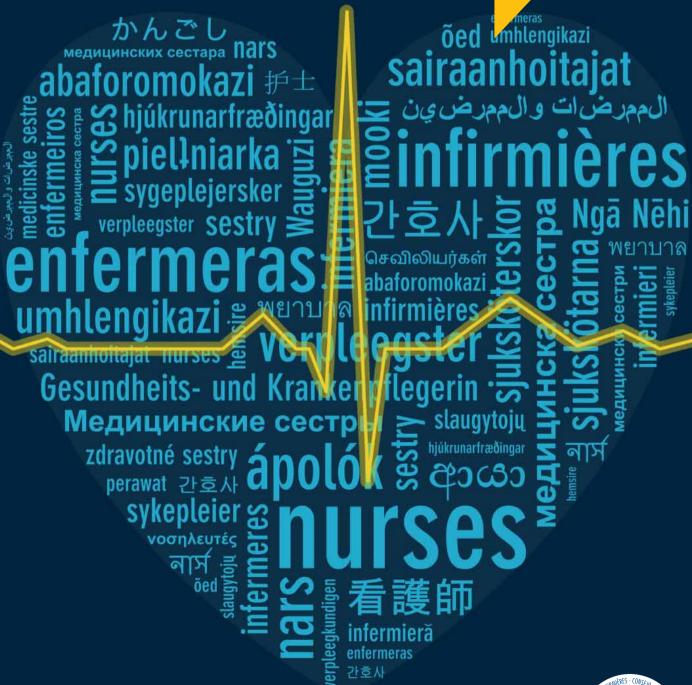
проводят реорганизацию работы сестринских служб, внедряют информационные системы, расширяют объем функциональных обязанностей медицинских сестер, стараются предугадать будущее и быть готовыми к оказанию качественной медицинской помощи. Благодаря вам и вашим ежедневным усилиям сестринская и акушерская практика в нашей стране развивается в интенсивном режиме, благодаря вам и вашей работе на местах проводятся сестринские научные исследования, внедряется доказательная практика.

Все это свидетельствует о том, что интеллектуальный и творческий потенциал нашей профессии неисчерпаем, что мы способны справиться с задачами любой сложности.

Позвольте пожелать вам вознаграждения ваших усилий, положительных перемен, открытия новых интересных сторон своей профессии, взаимной поддержки и работы в команде с врачами, гармонии и баланса вашей профессиональной и личной жизни!

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ: ДВИЖУЩАЯ СИЛА ПЕРЕМЕН

ЖИЗНЕННО ВАЖНЫЙ РЕСУРС В ПОДДЕРЖКУ ЗДОРОВЬЯ



12 мая 2014 Международный День Медсестры





ПРОФЕССИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ИЗРАИЛЕ И РОССИИ



Егорова Ю.А., старшая медсестра хирургического отделения ГКУЗ ТБ №11, г. Москва

рамках программы сотрудничества Правительства Москвы и Мэрией Тель-Авива, подписанной в июне 2013 года руководителем Департамента внешнеэкономических и международных связей города Москвы Сергеем Черёминым и мэром Тель-Авива Роном Хульдаи, шестьдесят московских медсестер с 17 по 30 августа прошли стажировку в медицинском центре «Шиба» в Тель-Авиве.

Введение

Западная и, в частности, израильская медицина отличается высоким уровнем

подготовки среднего медицинского персонала, особенно в деле реабилитации и выхаживания больных со сложными и тяжелыми заболеваниями. В департаменте здравоохранения столицы решили, что знакомство с этим опытом поможет улучшить качество медицинского обслуживания в московских больницах и поликлиниках.

Для прохождения двухнедельного вития, класс курса московскую делегацию филакт разделили на три группы, как раз в момент каждая из которых об- учалась по самостоятельной программе.

нении начался очередной Главные медиэтап реформ – дипломированцинские сестры ные сестры получили более прошли курсы: широкие полномочия в оказании «Подготовка и попомощи, в том числе право на вышение квалификапринятие определенных ции кадров», «Понирешений, выписку мание общества и непрепаратов. прерывность в уходе за пациентами». «Безопасность и управление риском», «Управление ресурсами в отделении».

Курс для **старших медсестер поли- клиник** предусматривал семинары в центре неотложной помощи, онкологическом и эндокринологическом цен-

трах, изучение передовых технологий в области реабилитации, амбулаторного обслуживания кардиологических больных, участие в семинаре "Лидерство и работа в коллективе".

Медсестры, занимающиеся лечемедицинсковских плексных семинарах в гериатрическом отделении изучали этапы, факторы раздельного вития, классификацию и методы профилактики пролежней, а также особенности новейших пере-

сле право на сделенных огромный поток пациентов из-за рубежа, приезжающих на лечение.

Система здравоохранения и уровень медицины в Израиле считаются одними из наиболее передовых в мире. Об этом свидетельствуют показатели здоровья населения, количество международных публикаций и, несомненно, огромный поток пациентов из-за рубежа, приезжающих на лечение.

Медицинское страхование охватывает всех жителей страны за счет финансирования из государственного бюджета. Для поддержания бюджета здравоохранения каждый гражданин





Из-за низкой

укомплектованности

стры по сокращенной

программе.

обязан платить около 5% своего дохода : в счет «налога на медицину». Важно отметить, что медицинские услуги по государственной страховке предоставляются в равной степени всем израильтянам, независимо от суммы отчислений на «медицинский налог».

В Израиле, как и во многих странах, принята двухступенчатая система подготовки медсестер: практикующая медсестра и дипломированная медсестра. Эти два статуса различаются по уровню образования, характеру выполняемых обязанностей, заработной плате. В чем же отличия?

Чтобы стать практикующей медсестрой, абитуриент поступает в медицинскую школу/училище при больнице и получает образование в течение 2,5 лет. Чтобы стать дипломированной медсестрой, нужно поступить в университетский колледж или на соответствующий факультет. Далее возможны варианты:

Первая ступень (бакалавр) в области ухода за больными потребует 4 лет обучения;

Вторая ступень (магистр) в области ухода за больными – это еще 2 дополнительных года занятий.

Устроившись на работу, медицинская : сестра проходит период адаптации –

три для для знакомства с клиникой, два дня - для знакомства с отделением, где планируется последующая работа. Затем в течение первых шести месяцев новая медсестра работает с опытным наставником, осваивая практические навыки и требования стандартов, а по окончании сдает экзамен.

Медицинская сестра – организатор процесса лечения в Израиле, ее еще называют case-менеджер. К знаниям сестер здесь предъявляются очень высокие требования, процесс обучения носит непрерывный характер, старшие медсестры ежемесячно отслеживают прохождение учеб своими сотрудниками. Как учеба, так и тестирование часто проходят дистанционно, над этим работает информационный центр клиники.

Рабочий день медицинской сестры длится двенадцать часов с получасовым обеденным перерывом. Приходя на работу, она первым делом принимает смену и пациентов от дежурившей ночью коллеги. На одну медсестру

тов, о которых она должна знать практически все: начиная от диагноза и сакадров в Израиле реализумочувствия, заканчиется программа рекрутинвая положением в сега – лица с высшим образовамье и отношениями нием могут получить универс коллегами на работе. ситетский диплом медсе-Центр Шиба Тель

Ха-Шомер, расположен-

ный в непосредственной

близости от Тель-Авива, считается ведущим медицинским центром Израиля и является, по сути, лечебным городом. Объёмы оказываемой здесь медицинской помощи просто поражают. Здесь четко выделены два больших подразделения: общая и реабилитационная больница. История этой клиники началась еще в 1948 году, тогда это был исключительно военный госпиталь, а с 1953 медицинскую помощь в нем стали оказывать как военным, так и гражданскому населению. С течением времени больница росла и расширялась, здесь внедрялись ультрасовременные методы лечения, в итоге сделавшие этот медицинский центр самым крупным и известным на Ближнем Востоке.

Сегодня в этом университетском и приходится не более восьми пациен- : научно-исследовательском медицин-









ском центре работает более 7000 ме- : проведенном обследовании, результадицинского персонала, здесь имеется более 2000 больничных коек, а медицинскую помощь ежегодно получает 1,2 млн пациентов со всего мира.

Пациент всегда в центре внимания – в этом заключается философия больницы имени Хаи-Израильские ма Шиба. Несмотря на огмедицинские сестры ромное количество посетиактивно занимаются телей, заботливый медпернаучными исследовасонал стремится обеспениями чить каждому пациенту и членам его семьи максимальное удобство, комфорт и заботу. Разумеется, что здесь используются самые передовые методы диагностики и лечения, но нас, в первую очередь, интересовали особенности работы медицинских сестер.

Палаты в больнице рассчитаны на 1-2х человек, оснащены всем необходимым для комплексного лечения. Над койкой пациента расположен экран, где он может увидеть всю информацию по своему лечению, назначения врача, ответы на консультации. По закону о правах пациента, каждый пациент имеет право на присутствие одного родственника в стационаре круглосуточно.

На каждого пациента, поступающего на лечение в больницу «Шиба», заводится медицинская карта (история болезни), с личным номером. Медицинская карта - юридический документ, защищающий права пациента (в том числе, и иностранного гражданина) в соответствии с действующим израильским законодательством.

Вся документация ведется в электронном виде, у специалиста и у самого пациента есть возможность в онлайн режиме воспользоваться всей доступной информацией о лечении,

тах анализов. Важно подчеркнуть, что электронная карта – это собственность пациента.

За достаточно большой раздел карты пациента отвечает медицинская сестра. При поступлении больного в отделе-

ние она должна заполнить не менее 7 таблиц – оценить и зафиксировать различные риски, социальный статус, режим питания. основании записей нужно скоординировать процесс пребывания пациента в клинике и

лечебный процесс, помня, что при выписке каждый пациент поставит оценку - больнице, врачам и, непременно, медицинским сестрам.

Работа медсестер ведется по стандартам, утвержденным министерством здравоохранения и протоколам, разработанным специалистами центра. Эти документы всегда Медицинских доступны на сайте клиники. сестер обучают Соблюдение стандартов принципам общения один из элементов системы с родственниками безопасности пациента, копациента, ушедшего торой уделяется большое из жизни. внимание. У главной медсестры есть заместитель по вопросам безопасности, в клинике функционирует отдел по контролю рисков. Информация о каждой ошибке, о каждом инциденте фиксируется и направляется в отдел. Докладывают об ошибках те, кто их совершил, кто стал участником конкретных ситуаций. Для этого в клинике разработаны специальные бланки. За ошибки здесь не наказывают – их стремятся предотвращать.

Для системной работы над ошибками в госпитале имеется соответствую-

щая должность - заместителя главной медицинской сестры по вопросам безопасности пациента. Такой заместитель ведет мониторинг ошибок всего центра и разрабатывает комплексные решения, что включает расследование случая, информирование страховой компании и пациента/его родственников, проведение учебы персонала, изменение стандартов ухода, организации помощи.

Учреждение вкладывает большие ресурсы не только в технологии оказания помощи, но и в тех, кто эту помощь оказывает. У медицинских сестер достаточно высокий уровень оплаты труда, имеются возможности дополнительного обучения, профессионального и карьерного роста. А для того, чтобы высокая физическая и эмоциональная нагрузка не вела к синдрому профессионального выгорания, с медицинскими сестрами нередко проводятся тренинги психологической разгрузки.

Делегация московских медицинских сестер покидала Израиль с массой перспективных идей - компьютеризировать рабочие места и обучить сотрудников, усовершенствовать имеющиеся компьютерные программы, расширить линейку используемых перевязочных материалов и внедрить новые методы лечения ран, создать новые вспомогательные службы и освободить медсестер от несестринской работы, отдавать больше времени общению с пациентом и его близкими, ввести систему мотивации персонала... Идей у каждого возникло целое множество - дело за малым - претворить их в жизнь медицинских учреждениях Москвы и Московской области.





- иглы-бабочки Vacuette® диаметром 23G для легкой и безболезненной венепункции;
- держатель Holdex[®] с ассиметричной канюлей для луэровских игл и катетеров - для комфортной процедуры взятия крови у маленьких пациентов;
- иглы двусторонние Vacuette® Visio Plus диаметром 22G с прозрачной камерой для визуального контроля проникновения иглы в вену и упрощения процедуры взятия крови;
- пробирки Vacuette® объемом 1-2 мл созданы специально для маленьких детей.









OMБ - официальный поставщик Greiner Bio-One в России

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



МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ И АКУШЕРКИ ВМЕСТЕ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ



■ **3.К. Иванова,**Исполнительный директор
АРОО «АМРАО»

23—25 января в Архангельске состоялась XIV областная научно-практическая конференция «Проблемы инфекционной безопасности в перинатологии и неонатологии. Эмоциональное выгорание персонала», посвященная Иконе Божией Матери «Млекопитательница», которую ежегодно организует Северный государственный медицинский университет (СГМУ) совместно с Ассоциацией медицинских работников Архангельской области (АМРАО).

Первая часть конференции, посвященная проблемам инфекционной безопасности, вызвала большой интерес и практические предложения. Во второй части звучали доклады, посвященные эмоциональному выгоранию персонала в учреждениях родовспоможения и детства, эмоциональному благополучию беременных и рожениц. С огромным интересом делегаты конференции приняли участие в мастер-классах, где специалисты щедро делились опытом и практическими советами.

Одним из профилактических шагов в этой теме стал замечательный мастер-класс «Школа материнской любви», состоявшийся в ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница». Обсуждение состоявшихся здесь выступлений прошло активно, акушерки и медицинские сестры делились впечатлениями, высказали мнение, что данное направление необходимо активно включать в работу с женщинами в женских консультациях. Незабываемый и неформальный опыт по-



лучили участники в ходе обучения мам пению колыбельных песен. Важно отметить в развитии данных инициатив тесное сотрудничество с Архангельской и Холмогорской Митрополией.

На мастер-классе «Зона комфорта матери и новорожденного» в ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 7» в центре внимания были сообщения «Здоровый город начинается с грудного вскармливания каждого младенца!» и «Влияние стиля переживания беременности на формирование психического здоровья ребенка». Дискуссия о грудном вскармливании и проблемах принятия матерью своего ребенка повлекла инновационные предложения. Как отметила модератор, начальник родильного отделения Н.Н. Сизюхина, возможность прикладывания к груди даже в операционной дает спинальная анестезия, когда женщина имеет возможность участвовать в рождении ребенка, видеть его с самых первых минут жизни, трогать и целовать долгожданного малыша, кормить его своим молоком. Есть опыт выкладывания новорожденных на живот отца при «операционной недоступности» мамочки. Помимо контакта «кожа к коже», обеспечивающего защищенность новорожденного, папы испытывают восторг, проникаются чувством гордости и радости за своего малыша. Были разобраны вопросы, касающиеся целесообразности сцеживания молочных желез, длительности грудного вскармливания, трудностей в кормлении грудью, связанных с конституциональными особенностями.

Клиническим психологом Г.К. Коробейниковой была поднята и разобрана очень важная тема принятия матерью своего ребенка на всех этапах их жизни: при беременности, в процессе родов и после рождения. Огромное количество трудностей в становлении и развитии наших детей начинается с момента наступления беременности, и фраза «все наши проблемы из детства» действительно актуальна! Разбор такой значимой проблемы проходил при создании «материнской игрушки» – куколки без лица, которая может быть радостной и печальной в зависимости от настроения ребенка, но при этом всегда сохраняет тепло рук матери. Участники мастер-класса обсудили вопросы по воспитанию детей, проблеме отказных новорожденных.

На круглом столе «Материнская любовь как модель мира» возникла дискуссия по проблеме эмоционального выгорания медицинского персонала, предлагались авторские методы участников для ее решения, высказывались мнения о необходимости такой работы. В перспективе решили проводить внутрибольничные мастер-классы.

Мастер-класс в ГБУЗ АО «Родильный дом им. К.Н. Самойловой» прошел с посещением отделений новорожденных и реанимации, где активно используются специальные комфортные для мам с детьми кресла, полученные совсем недавно в дар в рамках Дня недоношенного ребенка от спонсоров, под-

держивающих инициативы РАО. Специалисты рассказали об особенностях ухода и кормления недоношенных малышей и продемонстрировали метод «Кенгуру» с применением кресла-качалки. Желающие посетили родильное отделение, в котором организовано семь индивидуальных родовых палат, каждая из них оборудована комплексом для оказания реанимационной помощи малышам. Участники искренне поблагодарили организаторов мастер-класса и отметили, что недаром именно этому родильному дому совсем недавно была присуждена региональная премия «Достояние Севера».

Самым посещаемым стал мастеркласс «Гигиена рук как основной метод профилактики ВБИ» в ГБУЗ АО «Архангельская детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова», где собрались желающие познакомиться с новым оборудованием и пройти аппаратное тестирование на предмет качества обработки рук. Участники отметили не только современный подход к проведению такого вида обучения, но и мотивацию персонала к пониманию значимости и важности проведения манипуляции — мытья рук, как основного метода профилактики ВБИ.

Около 200 медицинских медицинских работников приняли участие в конференции, и это не только специалисты детской больницы, но представители многих учреждений области – педиатры, неонатологии, акушерыгинекологи, психологи, фельдшера, акушерки и медицинские сестры самого разного профиля. По отзывам участников последней конференции, не только доклады и дискуссии оставили яркий след, но и выступления известных персон. Особенно ярким стало обращение к участникам конференции уполномоченного при Губернаторе Архангельской области по правам ребенка Смирновой О.Л., отметившей готовность к сотрудничеству не

только с государственными структурами, но и с общественниками. Большое внимание подготовке и проведению конференции уделяет руководитель благотворительного Фонда Т. П. Орлова, возглавляющая попечительский Совет АОДКБ и тесно сотрудничающая с АМРАО по профилактике раковых заболеваний.

Президент АМРАО Андреева А.В. поздравила коллег – участников конференции и предоставила слово основателю и первому президенту Ассоциации Грошевой Р.Л., которая вместе с Гришиной А.П. стояла у истоков сотрудничества с кафедрой неонатологии и перинатологии СГМУ по проведению подобных конференций. Уже сейчас запланирована следующая конференция, которая станет юбилейной, а ее темой станет вред табакокурения среди беременных, рожениц и родильниц, а также среди персонала родовспомогательных и детских учреждений

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ИНСТИТУТ ПОСТДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

2014

представляет обучающие курсы по направлению «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»

ОБУЧАЮЩИЕ КУРСЫ

Сестринское дело при раке молочной железы» **7-8** апреля

ОБУЧАЮЩИЕ КУРСЫ

Сестринское дело в педиатрии 29-30 MAR

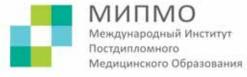
Приглашенные спикеры - ведущие специалисты из Израиля:

Израильские медицинские сестры-координаторы в области лечения заболеваний груди расскажут о профилактике рака молочной железы, возможных способах лечения, методах борьбы с осложнениями, о сохранении душевного равновесия в период болезни и реабилитации.

БЕМСГРУППА КОМПАНИЙ ЕВРОПЕЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР

Курс проводится при участии специалистов из Канады и России:

Цель курса – предоставить среднему медицинскому персоналу новейшую информацию и развить дополнительные навыки по работе с детьми при оказании экстренной скорой помощи для предоставления медицинских услуг высокого качества и получения наилучшего результата в процессе лечения.



Штатное расписание в учреждении фтизиопульмонологии

КАК ВВЕСТИ ДОЛЖНОСТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЯ ГЛАВНОГО ВРАЧА ПО РАБОТЕ С СЕСТРИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ?

Я главная медсестра фтизиопульмонологического медицинского центра, имею высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело». Помимо своих прямых должностных обязанностей и функций занимаюсь вопросами повышения квалификации медперсонала, разрабатываю программы обучения пациентов с ТБ и членов их семей. По линии общественного профессионального движения занимаюсь организацией профилактических мероприятий среди медицинского персонала и населения по проблемам туберкулеза. Понимаю, что моё образование и опыт работы в центре не реализован на рабочем месте.

Никак не могу доказать руководителю необходимость заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом. На какие приказы можно сослаться по этому вопросу? Как использовать номенклатуру специальностей для введения должности в штатное расписание ЛПО?

Рассмотрев Ваше обращение о порядке формирования штатного расписания фтизиопульмонологического медицинского центра разъясняю следующее.

В настоящий момент все нормативные правовые акты, регламентирующие порядок разработки и утверждения штатных расписаний, носят рекомендательный характер.

Тем не менее, считаю, что при составлении штатного расписания Центра медицинского фтизиопульмонологического следует руководствоваться:

- 1) Уставом учреждения.
- 2) Приказом Минздравмедпрома России от 18.01.1996 N 16 «О введении форм штатных расписаний учреждений здравоохранения», которым утвержден Порядок составления штатного расписания учреждениями здравоохранения (далее Порядок).

В соответствии с Порядком, штатная структура и штатное расписание разрабатываются учреждениями здравоохранения самостоятельно, утверждаются руководителем по состоянию на 1 января ежегодно.

В каждое структурное подразделение должны включаться штатные должности по всем категориям персонала с указанием специальности, начиная с высшего и заканчивая младшим звеном.

Общее количество должностей по штатному расписанию должно соответ-

ствовать расчетной численности по фонду заработной платы, предусмотренной на текущий финансовый год. Наименования структурных подразделений и должностей в штатном расписании пишутся в именительном падеже в соответствии с номенклатурами врачебных и провизорских должностей, должностей среднего медицинского и фармацевтического персонала, перечнями должностей служащих и профессий рабочих, утвержденными в установленном порядке. Порядок расположения структурных подразделений и должностей в штатном расписании определяется руководителем учреждения здравоохранения.

- 3) Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 932н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом», в том
- приложением 8 «Правила организации деятельности туберкулезной больницы, Центра медицинского фтизиопульмонологического», в соответствии с которым структура и штатная численность Центра устанавливаются его руководителем в зависимости от объема проводимой лечебно-диагностической, организационной работы и численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных приложением 9 к Порядку оказания меди-

цинской помощи больным туберкулезом, утвержденному настоящим приказом

– приложением 9 «Рекомендуемые штатные нормативы туберкулезной больницы, Центра медицинского фтизиопульмонологического» (примечание: должность «Заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом» в структуре Центра не предусмотрена).

Таким образом, учитывая рекомендательный характер нормативных правовых актов по порядку формирования штатных расписаний, принятие решения о введении в штат Центра медицинского фтизиопульмонологического какой-либо должности остается за руководителем Центра (иным лицом, определенным Уставом учреждения), исходя из следующего:

- общее количество штатных должностей по штатному расписанию должно соответствовать расчетной численности по фонду заработной платы, предусмотренной на текущий финансовый год
- принципа достаточности численного состава работников учреждения для гарантированного выполнения ими соответствующих уставным целям учреждений функций, задач и объемов работ.

Юрисконсульт РАМС



Дезактив-Универсал



COCTAB

глутаровый альдегид – 1,0%, глиоксаль – 7,0%, смесь ЧАСов суммарно – 25,5%, вспомогательные компоненты, рН 1% раствора – 4,5.

НАЗНАЧЕНИЕ

Дезинфекция поверхностей в помещениях, предметов ухода за больными, уборочного инвентаря, дезинфекция медицинских отходов (класса А,Б,В); всех видов биологического материала. Дезинфекция совмещенная с ПСО ИМН в т.ч. эндоскопического оборудования ручным и механизированным способами, ДВУ и стерилизация.

ФАСОВКА

флаконы по 1 л., канистры по 5 л.



ОПИСАНИЕ

Прозрачная жидкость от бесцветной до желтоватого цвета с запахом отдушки. Дезактив-Универсал отличается высокой антимикробной активностью в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов в т.ч. микобактерии туберкулеза, возбудителей ВБИ и аэробных инфекций; всех известных патогенных вирусов (ВИЧ-инфекция, гепатиты, в т.ч. гепатит В, «птичьий гриппН5N1, H5N2, H7N3, H9N2», «атипичная пневмония» (SARS), др. вирусы; грибов рода Кандида и Трихофитон, плесневых грибов. Обладает овоцидными свойствами в отношении возбудителей паразитарных болезней (цист и ооцист простейших, яиц и личинок гельминтов. остриц), моющим и дезодорирующим эффектом.

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ

ООО «Дезснаб-Трейд», Россия.

Δ езактив-Универса \wedge

- Режимы дезинфекции при инфекциях: вирусной – 0,1-0,8%, туберкулезной – 0,15-0,85%.
- Дезинфекция Высокого Уровня 3% 5мин., стерилизация 5% 15мин.
- Срок годности рабочих растворов 41 сутки.





КАЧЕСТВО - ВЫШЕ ЦЕНЫ

ПЕДИКУЛИЦИДНЫЕ СРЕДСТВА

Медилис-СУПЕР

24% ФЕНТИОН

Медилис-ПЕРМИФЕН

4% ПЕРМЕТРИН + 16% ФЕНТИОН

Медилис-МАЛАТИОН

40% МАЛАТИОН

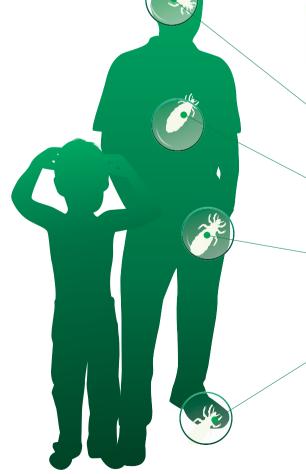
Медилис-Био

ГВОЗДИЧНОЕ МАСЛО

Медилис-И

5% ПЕРМЕТРИНА





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



(495) 315-16-65

(495) 315-17-10

(495) 980-80-39

(495) 980-80-38 mail@medilis.ru

S skype: medilis
web www.medilis.ru