

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 5/24 2015



*В атмосфере волшебства –
особенности работы
ассистента стоматолога*



*«Критические точки»
трансфузионной терапии*



*Научно-обоснованные методы
поддержки онкобольных:
опыт распространения знаний
в г. Омске*



*Медицинские сестры –
движущая сила перемен: итоги
Всероссийского конгресса
РАМС*



ЛИЗОФОРМ

С 1900 года на мировом рынке дезинфекции и гигиены

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ДЕЗИНФЕКЦИИ РУК

PHARDT

Оригинальная продукция
с 1967 производится компанией



5 ЛЕТ ГАРАНТИИ



**КОМПЛЕКСНЫЙ
ПОДХОД К ГИГИЕНЕ РУК**

Мы производим все свои изделия только из надёжных и долговечных материалов. Все наши производственные центры сертифицированы по стандарту ISO 9001:2008, действующему во всём мире.

Мы имеем широкую линейку товаров для гигиены рук. Мы предлагаем не просто отдельные изделия, а цельную концепцию, которая поможет вам достичь поставленные цели в области гигиены.



**УНИВЕРСАЛЬНОСТЬ И
ВОЗМОЖНОСТЬ
АДАПТАЦИИ**

Наш ассортимент аксессуаров позволит вам индивидуально сконфигурировать выбранное решение, чтобы адаптировать его функционал в соответствии с вашими требованиями.



**СВОБОДНЫЙ ВЫБОР
НАПОЛНИТЕЛЕЙ**

Вы сами решаете, какой наполнитель использовать. Свободный выбор изготовителя и изделия означает независимость и позволяет снизить эксплуатационные затраты.



■ Планируя работу на предстоящие годы, Ассоциация будет делать выбор в пользу активной информационной политики, участия в национальных проектах, общественно-политической жизни.

Уважаемые коллеги, дорогие читатели «Вестника»!

Приближается к завершению достаточно сложный и неоднозначный год – год больших событий, серьезных размышлений, дискуссий, стремлений к переменам, год больших надежд и вдумчивой, кропотливой работы.

Открывая календарь мероприятий 2015 года, Ассоциация в первую очередь объявила о профессиональных конкурсах, чтобы поддержать и показать истинные успехи медицинских сестер и сестринских коллективов. Ранее мы начали разговор о расширении полномочий медицинской сестры, фельдшера, акушерки, о значимости сестринских исследований. Нам хотелось увидеть, насколько мысли и понимание лидеров сестринского движения соответствует реалиям на местах. Принять участие в таком конкурсе могли только те, кто в действительности реализовал свою инициативу, увидел ее плоды, мог показать преимущества практических инноваций.

Итоги профессиональных конкурсов нас порадовали. Мы убедились в том, что на всей огромной территории нашей страны, от Карелии до Якутии, от Архангельска до Краснодара трудятся замечательные специалисты, мастера сестринского дела, которые стремятся каждый на своем участке практики сделать сестринскую помощь лучше, доступнее, эффективнее. С одной из таких работ, победивших в конкурсе, мы знакомим вас в этом выпуске Вестника и обязательно продолжим публикации в последующих журналах, с тем чтобы положительный опыт внедрялся повсеместно.

Победители конкурса получили заслуженные награды и признание в ходе Всероссийского конгресса, к которому мы сосредоточенно готовились в течение года. Более 700 практикующих специалистов, руководителей сестринских служб, преподавателей, руководителей образовательных учреждений, лидеров общественного движения России, а также гости из других

стран – Швеции, Канады, Китая, Японии, США, Киргизии, Донецка и партнеры Ассоциации присутствовали на конгрессе по приглашению Ассоциации медицинских сестер России.

В признание большой роли медицинских сестер в оказании медицинской помощи, лечении, реабилитации, сохранении здоровья населения нашей страны в ходе торжественной церемонии открытия конгресса с приветствием от Министра здравоохранения РФ к собравшимся обратился Сергей Иванович Двойников, главный внештатный специалист по сестринскому делу.

В ходе пленарных заседаний и многочисленных симпозиумов, секций, круглых столов, участники мероприятия обсудили самые актуальные вопросы управления и организации работы сестринских служб, образования и непрерывного совершенствования знаний специалистов, расширения роли медицинских сестер, фельдшеров, акушерок в отечественном здравоохранении, максимально эффективной реализации потенциала специалистов. В центре внимания конгресса были вопросы этики, обучения и общения с пациентом, создания всех условий для оказания пациент-ориентированной помощи.

Приветствуя участников конгресса от имени глобального сообщества из 16 млн специалистов, президент Международного Совета Медсестер д-р Джудит Шамиан призвала участников быть архитекторами перемен. По нашему убеждению, медицинские сестры России к этой миссии готовы, что подтверждается очевидными и многообещающими результатами многочисленных проектов, реализованных силами Ассоциации и ее членов.

Ярко и достойно заявили о себе медицинские сестры – исследователи и новаторы, специалисты, которым за несколько последних лет удалось добиться серьезных практических преобразований за счет внедрения научно-обоснованных сестринских вмешательств. Большую роль в успешном

проведении Конгресса сыграли самые разные региональные ассоциации, школы передового опыта в составе РАМС.

Подводя итоги уходящего года, нельзя не вспомнить еще об одном интересном и важном начинании – обучении молодых руководителей общественных организаций, состоявшемся в Омске. Сегодня общественные организации становятся опорой России, основой позитивных преобразований. Для того, чтобы каждая организация работала с максимальной отдачей, необходимо правильно определять приоритеты, уметь строить взаимодействие с руководителями медицинских организаций, органами управления здравоохранением, другими общественными и политическими объединениями и, главное, работать в непрерывном диалоге с членами. Этими ценными знаниями с лидерами сразу 10 региональных организаций поделились в Омске. Причем для многих обученных руководителей новые знания приобретут в ближайшие пять лет особую актуальность – ведь состав Правления РАМС в ходе состоявшейся Отчетно-выборной конференции обновился более чем на 50%.

Планируя работу на предстоящие годы, Ассоциация будет делать выбор в пользу активной информационной политики, участия в национальных проектах, общественно-политической жизни. Мы уверены, что медицинские сестры могут и должны быть двигателем перемен не только в сестринской практике – мы обязаны вносить вклад в улучшение жизни, создание благоприятных условий для сохранения здоровья и процветания нашей необъятной страны!

В заключение позвольте пожелать вам счастливого Нового года! Пусть он окажется более благосклонным ко всем специалистам нашей отрасли, позволит реализовать намеченные планы и достичь желаемых результатов. Крепкого здоровья, мира и добра всем вам в Новом году!



На обложке: старшая медицинская сестра ООО МСЧ «Нефтяник», Малярова Татьяна Сергеевна, г. Тюмень

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ РЕГИОНОВ	
В добрый путь! День знаний для студентов медицинского училища в Ленинградской области	стр. 3
Я работаю для пациента. Новые подходы к организации профессиональных конкурсов в Забайкалье	стр. 5
Семейная спартакиада. Медицинские работники Архангельской области отметили 20-летие Ассоциации	стр. 14
МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО	
Китай – вековая традиция работы во имя развития сестринской помощи	стр. 4
Глобальный гражданин, глобальное сестринское дело. Итоги конференции Международного Совета Медсестер	стр. 10
ГЕРОИ ПРОФЕССИИ	
Её жизнь – больница	стр. 19
Акушерки Смоленщины: были, есть и будут	стр. 35
ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА	
Инновации в работе сестринского и акушерского персонала родильных домов и отделений	стр. 16
Высокие технологии: роль медицинской сестры при выполнении роботизированной операции	стр. 20
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ	
Досрочная пенсия при работе на гамма-аппарате	стр. 40

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 РАМС: **www.medsestre.ru**

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

Ассоциация медицинских сестёр России
 ООО «Милосердие»
 Издательство «Медпресса»

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор – Валентина Саркисова
Ответственный редактор – Наталья Серебренникова
Отдел рекламы – Елена Савинцева
Отдел маркетинга – Юлия Мелёхина
Дизайн – Любовь Грабарь
Верстка – Игорь Быков
Корректор – Марина Водолазова

АДРЕС РЕДАКЦИИ

191002, Санкт-Петербург, Загородный пр., д. 14, литер А, пом. 15Н.
 Тел./факс: (812) 575-80-51, 315-00-26. E-mail: rna@medsestre.ru

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

- САРКИСОВА В.А.** – президент Ассоциации медицинских сестёр России, Председатель Совета
- АНОПКО В.П.** – президент Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация»
- ВИШНЯКОВА В.А.** – президент Забайкальской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация медицинских специалистов»
- ГОЛОЛОВА Л.Д.** – президент «Новосибирской профессиональной ассоциации специалистов сестринского дела»
- ДРУЖИНИНА Т.В.** – президент Кемеровской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация медицинских сестёр Кузбасса»
- ЗОРИНА Т.А.** – президент Омской региональной общественной организации «Омская профессиональная сестринская ассоциация»
- КОСАРЕВА Н.Н.** – президент Самарской региональной общественной организации медицинских сестёр
- ЛАПИК С.В.** – доктор медицинских наук, профессор, декан ФВСО ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава
- РЯБЧИКОВА Т.В.** – доктор медицинских наук, 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
- РУДЕЙКО И.В.** – врач-дезинфектолог высшей категории, эпидемиолог-эксперт



МЫ ГОРДИМСЯ НАШИМ ПРЕЗИДЕНТОМ

На торжественном мероприятии, посвящённом Дню народного единства, губернатор Астраханской области вручил государственные и региональные награды выдающимся землякам.

Распоряжением губернатора Астраханской области за успехи, достигнутые в плодотворной профессиональной и общественной деятельности, медалью ордена «За заслуги перед Астраханской областью» награждена Валентина Петровна Анопко – президент Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация».

Валентина Петровна является президентом Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация» с момента её организации, более 16 лет. За это время пройден большой и нелегкий путь, достигнуты определенные результаты в решении профессиональных проблем специалистов. Благодаря активной работе с сестринским персоналом ей удалось изменить качество сестринской помощи, расширить спектр оказываемых услуг, повысить статус и имидж профессии. Валентина Петровна вот уже 13 лет является членом правления РАМС.

В своей работе Валентина Петровна убедительна и авторитетна, не случайно на протяжении практически всей своей профессиональной карьеры она занимала руководящие позиции – за эти годы она сделала много добрых и значимых дел на благо развития и укрепления сестринской службы.

В 2013 году в Астраханской области организуется региональное отделение Народного фронта, куда вошли руководители крупнейших общественных организаций, за спинами которых тысячи астраханцев из самых различных социальных слоев. Валентина Петровна не могла остаться в стороне. Вступив в ряды Народного фронта, она становится сопредседателем регионального отделения. По словам Валентины Петровны, консолидация общества, усилия каждого человека с активной гражданской позицией, поможет Общероссийскому народному фронту справиться со многими проблемами, как регионов, так и государства в целом.

Несмотря на высокую занятость, Валентина Петровна сохранила исключительное женское обаяние и чуткое сердце, открытое чужим горестям и проблемам.

Валентина Петровна Анопко является кандидатом медицинских наук, доверенным лицом президента РФ. Ей присвоено почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации».

Правление Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация» от всей души поздравляет своего президента Валентину Петровну Анопко с заслуженной наградой и разделяет с ней радость нынешнего успеха и твердо верит в дальнейшие победы в общественной деятельности.

Искренне желаем Вам реализации всех планов и начинаний, неиссякаемой жизненной энергии, крепкого здоровья, благополучия и новых профессиональных успехов. Пусть Вас окружают единомышленники, профессионалы своего дела.



«ЛИДЕР, УЧИТЕЛЬ, ВДОХНОВИТЕЛЬ»

Еще в 2008 году написаны эти строки, которые посвящены президенту Омской профессиональной сестринской Ассоциации Татьяне Александровне Зориной. Удивительный человек, обаятельная

женщина и разносторонняя личность вот уже много лет стоит во главе мощного сестринского движения Омской области. Благодаря её умелому руководству и нестандартному мышлению многие начинания медицинских сестер были своевременно поддержаны и направлены в русло созидания и развития нашей профессии. Её природный магнетизм, педагогические и лидерские качества позволили ей реализовать себя в разных областях и открыли нам множество граней сестринского дела. Умение уделить внимание всем «мелочам», но при этом соответствовать единой стратегии развития се-

стринской профессии, сформировали положительный имидж Омской профессиональной сестринской ассоциации.

За высокую социальную оценку и значимость результатов общественной деятельности в успешном развитии сестринского дела в Омской области, Зорина Татьяна Александровна 30 октября 2015 года, награждена медалью Правительства Омской области «За высокие достижения». Это не только признание ее личного вклада в развитие профессии, но и значимости Омской профессиональной сестринской ассоциации в развитии специалистов сестринского дела.

Мы гордимся, что нам посчастливилось жить и работать с этим замечательным организатором – Татьяной Александровной и в преддверии 15-летнего юбилея Омской профессиональной сестринской ассоциации, от всей души желаем нашему президенту и Ассоциации крепкого здоровья и долголетия, радости и процветания, успехов и достижений, счастья и благополучия!

Посвящается

Татьяне Александровне...

Обычных дней струиться череда,
День ото дня похожие заботы.
И в этом наша главная беда,
Не замечаем мы вокруг кого-то...
Среди таких известнейших профессий,
Среди людей – немеркнущих имен.
Медсестринская на особом месте,
Для тех, кто в этом деле просвещен.
И каждая сестра и наши главные
Вам это подтвердят самокритично.
Нам повезло, ведь нас ведет вперед,
Одна не зауряднейшая личность!
И много дел и столько же идей.
День ото дня несет она заботу,
Чтобы так много нас – простых людей,
С желанием спешили на работу!

Тимофеева Елена



МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ – ДВИЖУЩАЯ СИЛА ПЕРЕМЕН ПО ОКАЗАНИЮ ЭФФЕКТИВНОЙ И ЭКОНОМИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ДНЕВНИК ВСЕРОССИЙСКОГО КОНГРЕССА РАМС. ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ



■ **И. Янкикуль,**
г. Тюмень

Полностью подтверждая девиз Конгресса: «Медицинские сестры – движущая сила перемен», организаторы мероприятия построили программу таким образом, что участники максимально эффективно использовали каждую минуту своего пребывания в Санкт-Петербурге. Мероприятия в рамках конгресса динамично следовали одно за другим, а региональные Ассоциации, подготовившись заранее, распределяли своих делегатов по всем возможным направлениям, чтобы не упустить ничего важного. Первой в повестке дня стала VI отчетно-выборная конференция РАМС.

VI Отчетно-выборная конференция

Такие конференции проходят с периодичностью раз в пять лет, каждая из региональных сестринских ассоциаций имеет право командировать для участия в столь грандиозном и важном мероприятии своих представителей, лидеров от лечебных учреждений, авторитетных специалистов сестринского дела, не просто имеющих свое мнение, но и свою четкую позицию.

Среди приглашенных в зале гостей присутствовали лидеры сестринских ассоциаций из Швеции, Кыргызстана, Донецкой области, а также представители средств массовой информации.

Открыта конференция была минутой молчания по ушедшим из жизни в последние годы президентам ассоциаций от разных регионов, реформаторам сестринского дела, посвятившим жизнь профессии медицинской сестры. Они не просто оставили о себе добрую память, но дали коллегам яркий пример в деле развития сестринского движения.

Открыта конференция была минутой молчания по ушедшим из жизни в последние годы президентам ассоциаций от разных регионов, реформаторам сестринского дела, посвятившим жизнь профессии медицинской сестры. Они не просто оставили о себе добрую память, но дали коллегам яркий пример в деле развития сестринского движения.

Президент РАМС В.А. Саркисова доложила о работе, проделанной РАМС за последние 5 лет под девизом «Будущее профессии создадим вместе. Доступность, открытость, информированность». Работа над будущим профессии медицинской сестры воистину велась сообща! Если еще 5 лет назад сайт РАМС ежедневно посещали от 30 до 300 человек, то сегодня эта цифра составляет от 1200 до 3200 человек в день. В конференциях, семинарах, конкурсах, проектах РАМС, проведенных за отчетный период с 2010–2015гг., приняли участие более 8000 человек. Омск, Кузбасс, Забайкалье за эти годы стали Школами передового опыта. В РАМС плодотворно работают 13 секций. Успешными оказались междуна-

родные проекты: «Лидерство в переговорах»; «Совершенствование сестринской помощи при химиотерапии», «Совершенствование сестринской помощи пациентам с ТБ».

За большой вклад, за достижения в деле развития сестринского дела за 5 лет отчетного периода значком РАМС «За верность профессии» были награждены 464 человека, званием «Отличник здравоохранения» – 53 медицинских сестры, Грамотой МЗ РФ – 78 медсестер.

При тесном взаимодействии с Министерством Здравоохранения РФ разрабатывались профессиональные стандарты, введена в действие накопительная система, большое внимание уделяется расширенной практике, в приоритете высшее сестринское образование.

Президент Омской сестринской ассоциации, Вице-президент РАМС Зорина Т.А. в своем выступлении с гордостью сказала: «РАМС дает возможность медицинским сестрам проявлять свой потенциал. Мы способны сделать многое, если захотим!». Самым крупным достижением медицинских сестер Татьяна Зорина назвала исследования в клинической практике.

Перед делегатами конференции выступили руководители комитетов – профессионального, этического, информационного, по связям с общественностью. Частью обязательной программы стал отчет Контрольно-ревизи-

онной комиссии, с которым выступила Башкирова В.А.

Савинцева Е.И., исполнительный директор РАМС, сообщила о результатах развития общественного движения, численности организации, вступлении новых организаций и отчислении из состава РАМС тех, что не выполняли требования Устава.

Делегаты конференции обсудили итоги работы РАМС, вспомнили первые годы, отметили, что сложная экономическая ситуация сказывается на финансовой стабильности ассоциаций.

Вслед за дискуссией наступил и самый ответственный момент конференции – выборы в состав Правления РАМС. Председатель Избирательной комиссии познакомила делегатов с кандидатами, еще раз напомнила о важности выбора. У каждого делегата была возможность подумать, принять взвешенное решение и выразить его в бюллетене для голосования.

После перерыва Счетная комиссия доложила о результатах голосования, делегаты тепло поздравили президента РАМС В.А. Саркисову с членов Правления с избранием, пожелали больших успехов, мужества, сил в отстаивании независимой позиции самой крупной общественной организации медиков в нашей стране.

Медицинские сестры – движущая сила перемен

Едва успела завершиться отчетно-выборная конференция, как на другой площадке отеля Холидэй Инн уже разворачивалось новое событие – первая масштабная выставка постерных до-

кладов медицинских сестер, реализовавших исследовательский или инновационный проект. Участники спешили познакомиться с результатами работы докладчиков. Ведь в одном зале были собраны подтверждавшие свою эффективность подходы к организации работы сестринских служб. Здесь же можно было узнать о расширении роли специалистов при оказании помощи самым разным категориям пациентов – от недоношенных новорожденных до пожилых; от затронутых ТБ, до лиц, живущих с хроническими заболеваниями, требующими постоянного внимания со стороны сестринского персонала. Постерные доклады были представлены медицинскими сестрами из Удмуртии, Ивановской, Омской, Владимирской областей, городов Кемерово, Новокузнецка, Вологды, Санкт-Петербурга, Якутска, Кирова. От Тюменской ассоциации силами медицинских сестер-новаторов Тарасовой Е.В. и Цибулиной С.В. был подготовлен постер «Влияние обучения в Школе здоровья на приверженность лечению ТБ».

Медицинские сестры перемещались от стенда к стенду, ведя записи, фотографируя, стараясь оставить в памяти максимум полезной информации..., а впереди уже ждал новый волнующий момент Конгресса – официальная церемония открытия.

Более семисот человек собрались в конгресс-зале Московский, еще немного, и желающим не хватило бы мест. И вот – барабанная дробь под стук сотен сердец дала старт параду ассоциаций. Народные русские сарафаны, короны, кокошники, меховые безрукавки – это было очень зрелищно и

вселяло гордость за нашу необъятную Родину! Коми, Чувашия, Карелия гордо шествовали в своих национальных костюмах, Смоленская делегация в старинных русских платьях несли в руках нежно-голубые букетики льна, сестры милосердия, представлявшие Санкт-Петербург, олицетворяли лучшие традиции российской сестринской школы.

Ведущие торжественной церемонии объявили краткий экскурс в историю РАМС. И на огромных экранах развернулось волшебное действо: красочная как цветик-семицветик эмблема РАМС через несколько мгновений сменилась огромной картой нашей Родины, с отмеченными флажками региональными сестринскими ассоциациями... Легкое движение руки художника, и из цветного песка с мирной картинкой угрожающе возникли самолеты, падают бомбы, медсестра склонилась над раненым воином. Спина хирурга в операционной, которому помогает медицинская сестра в маске. Мирно спящий ребенок на руках матери... Ладони, бережно удерживающие земной шар и голубь, как олицетворение мира и свободы... Зал долго аплодировал, впечатленный талантом хрупкой девушки-художницы, которая скромно поклонившись, убежала за кулисы.

Для медицинских сестер, съехавшихся с разных территорий, совсем юные звездочки из Детского хора радио и телевидения исполнили гимн «Медицинская сестра – не профессия, призвание». Присутствующие, отдавая дань традициям, от начала до конца песни стоя приветствовали ребят.

В начале торжественной части слово было предоставлено Внештатно-





му специалисту по сестринскому делу МЗ, профессору С.И. Двойникову, зачитавшему поздравление от Министра здравоохранения В.И. Скворцовой. С открытием конгресса участников поздравили заместитель председателя Профсоюза Г.А. Щербаков, президент Национальной ассоциации фтизиатров П.К. Яблонский, президент Китайской ассоциации медсестер Ли Сюхуа, вице-президент Ассоциации медицинских сестер Кыргызстана Бермет Юсупова, руководитель Донецкой ассоциации З.С. Угарева, руководитель программы Кадровые ресурсы здравоохранения Европейского ВОЗ Г.М. Перфильева, главный внештатный специалист по сестринскому делу Санкт-Петербурга И.В. Бубликова и главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью ФМБА России И.С. Бахтина.

Лучшие специалисты были награждены знаком «Отличник здравоохранения», Почетными грамотами Министерства Здравоохранения, нагрудным знаком РАМС «За верность профессии». На сцену приглашались победители профессиональных общероссийских конкурсов. Заслуженные награды были вручены и победителям профессиональных конкурсов, организованных Ассоциацией медицинских сестер России в 2015 году.

Открытая и полномасштабная дискуссия по всем болевым точкам сестринского дела состоялась на второй день конгресса. Отмечая важность общественного движения специалистов отрасли, В.А. Саркисова отметила, что Ассоциация открыла границы общения

между коллегами внутри страны и за рубежом, старалась привнести на российскую почву все лучшее, что есть на данный момент в мировой сестринской практике. Подчеркнув итоги целого ряда международных проектов РАМС, деятельности организации по разработке профессиональных стандартов, расширению информационного пространства, поддержке исследовательских и инновационных проектов, президент отметила, что медицинские сестры – это реальная движущая сила перемен, что с помощью медицинских сестер можно достигать и повышения эффективности, и снижения затрат на оказание помощи.



С теплыми приветственными словами к участникам конгресса обратилась Джудит Шамиан, президент Международного Совета Медсестер.

РАМС, сказала она, является частью глобальной семьи медицинских сестер, Международного совета, отстаивающего интересы профессии от имени 16 миллионов специалистов. МСМ взаимодействует не только с национальными ассоциациями. Большая работа ведется в сотрудничестве с целым рядом организаций системы ООН, прежде всего, ВОЗ, МОТ, Всемирным банком. На самом высоком политическом уровне медицинские сестры поднимают вопросы охраны здоровья, защиты профессиональных прав на безопасный, качественный и достойный труд.

Главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельно-





стью МЗ РФ Сергей Иванович Двойников посетовал на сложную кадровую ситуацию – еще в 2000г обеспеченность медсестрами на 10 тыс. населения составляла 96,3, а в 2015г – лишь 88.



Перфильева Галина Михайловна говоря о Концепции Здоровье 2020, подчеркнула, что большая ответственность по ее реализации будет возложена на медицинских сестер и акушерок. Одной из многообещающих инициатив в этом плане является поэтапное расширение роли специалистов по оказанию медицинской помощи, в противном случае растущие потребности в уходе и лечении населения Европейских стран будут не удовлетворены.



Щербаков Геннадий Алексеевич, заместитель председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ подчеркнул, что профессиональный рост медсестры не должен идти в разрез с заработной платой.



Ирина Сергеевна Бахтина, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью ФМБА России предложила обсудить тему безопасности и качества сестринской помощи, ответственности персонала перед пациентами, коллегами и всем обществом.



Валерий Самойленко, руководитель отдела инновационной образова-

тельной деятельности ФГБОУ СПО «Санкт-Петербургский медико-технический колледж» предложил откровенно обсудить модель сестринской помощи. Общей задачей является улучшение качества жизни пациента. Объектом работы врача является больной человек, объект работы медсестры – не только сам пациент, но и люди, которые его окружают (близкие, соседи, коллеги, друзья). Учебные учреждения готовят специалистов по образовательным программам, разработанным врачами, а не медсестрами, в итоге выпускаются специалисты, которые потом никому не нужны. Не может врач разработать грамотные сестринские стандарты! В действующей модели сестре предложено выполнять функции помощника врача, его секретаря, курьера. А врач тем временем тратит свое время на объяснение пациенту сути процедур, хотя призван поставить диагноз и назначить лечение, а все объяснения и подготовку оставить профессионально подготовленной медицинской сестре.

Получив высокий заряд эмоций, участники переместились в малые конференц-залы, где прошли симпозиумы, секции, мастер-классы и круглые столы. Здесь проводились тесты-тренинги, предлагалось решить ситуационные задачи при работе в группах, была продолжена начатая на пленарном совещании дискуссия, отрабатывались навыки, обсуждались возникшие в ходе докладов вопросы, шел обмен опытом и мнениями. Инфекционная безопасность в работе сестринского персонала, инновационные технологии в дополнительном профессиональном образова-



нии, пациенториентированная модель ухода в обеспечении качества медицинской помощи, здоровый образ жизни, роль исследований в совершенствовании сестринской помощи, анестезиология и реаниматология, организация работы ЦСО, сестринское дело в реабилитации, управление и организация в сестринском деле, лабораторная диагностика, инновации в неонатологии, педиатрии и акушерстве, ресурсосберегающие технологии, первичное здравоохранение этические аспекты в работе сестринского персонала – это лишь некоторые темы секций и симпозиумов, куда были включены десятки докладов по разным направлениям.

Не менее интересным стал заключительный день конгресса. Участники секции по управлению сестринской деятельностью обсудили вопросы медицин-

ских ошибок, охраны труда, проявления буллинга в сестринских коллективах и роль руководителей в их своевременном предупреждении. Мы искренне порадовались за коллег в Кыргызстане, где в роли главного специалиста по сестринскому делу работает медицинская сестра, благодаря чему в практику активно внедряются научно-обоснованные руководства по различным направлениям ухода, нет проблемы дефицита кадров, скорее напротив, профессия столь популярна, что возникают сложности с трудоустройством всех выпускников.

Рассказать о состоявшемся конгрессе, это как объять необъятное – просто невыполнимо. Можно поделиться своими эмоциями, особенно запомнившимися выступлениями, и тем невероятным и ни с чем не соизмеримым чувством гордости за профессию медицинской сестры,

Блиц-интервью

Елена Гладунова, старший фельдшер отделения организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях поликлиники №3 детской городской больницы №3 г. Магнитогорска Челябинской области: Впервые присутствую на таком конгрессе. Покорили и организация форума, и уровень докладов. Взяла для себя много полезного. Счастлива, что попала на симпозиум по организации исследований в сестринском деле. Были очень интересны, познавательны и незаменимы по своей практической наполненности выступления зарубежных гостей. Хотелось бы заняться исследовательской работой, но с чего начать? На симпозиуме даны дельные советы.

Вернувшись домой, буду рассказывать коллегам об атмосфере единения, царившей на форуме, и агитировать за то, чтоб в следующий раз мы приехали сюда большим коллективом (сегодня я, к сожалению, одна) и смогли бы охватить, рассредоточившись по секциям, больше вопросов, ведь программа обширная, симпозиумы одновременно идут в разных залах, и везде не успеть. Полагаю, им будет здесь интересно. У наших медицинских сестер есть стремление учиться, развиваться. С удовольствием приобрела для них и для себя немало новой медицинской литературы.

Заключительным аккордом конгресса стало награждение региональных сестринских ассоциаций, достигших больших успехов в развитии общественного движения в своих регионах, внесших бесценный вклад в укрепление РАМС. Грациозные статуэтки – символы успеха, победы, большой и очень нужной нашей профессии работы отправились из Санкт-Петербурга по многочисленным маршрутам – в Омскую, Ленинградскую, Астраханскую, Самарскую, Брянскую, Новосибирскую, Тюменскую, Кировскую, Кемеровскую области, в Забайкальский край, в Республики Марий Эл, Чувашию и Якутию. Награды за поддержку и реализацию стратегии РАМС также были удостоены сестринские ассоциации из Ивановской, Владимирской, Курской, Сахалинской, Пензенской, Вологодской, Архангельской и Воронежской областей, Краснодарского, Ставропольского и Алтайского края, Москвы и Санкт-Петербурга.



**ПРАВЛЕНИЕ
РАМС
2015–2020**



АНОПКО
Валентина Петровна,
Астрахань



ВИКТОРОВА
Ванда Ивановна,
Республика Чувашия



ГЛАЗКОВА
Татьяна Александровна,
Ленинградская область



КРОПАЧЕВА
Олеся Сергеевна,
Киров



КУДРИНА
Татьяна Валентиновна,
Иваново



НИКИТИНА
Нина Валентиновна,
Вологда



ПЛЕТИНЦЕВА
Галина Борисовна,
Москва



САРКИСОВА
Валентина Антоновна
президент РАМС



СОЛОВЬЕВ
Николай Федорович,
Иваново.jpg



ТРЕТЬЯКОВА
Лариса Анатольевна,
Брянск



ЗОРИНА
Татьяна Александровна,
Омск

БУДУЩЕЕ ПРОФЕССИИ СОЗДАДИМ ВМЕСТЕ

«15-летнему юбилею Омской профессиональной сестринской ассоциации посвящается»



Елена Викторовна Тимофеева

Старшая медицинская сестра
1 наркологического отделения БУЗОО
«Наркологический диспансер»,
ключевой член Омской
профессиональной сестринской
ассоциации

*«Мы ни когда не опускаем руки,
Рутину дел, не наши берега.
Мы можем миллион вещей, но скуки
Не знают наши мысли и дела!
Нам кажется, что дел не перечесть,
Но любим мы профессию свою!
Быть МЕДСЕСТРОЙ сейчас большая честь
И я за это вас благодарю!»*

В нашей жизни ежедневно происходят события, о смысле которых мы редко задумываемся, не всегда придаем им значение. Но если все-таки на минуту остановиться и задуматься, то вдруг сразу становится понятно, что мы можем в этом мире... Эти мысли мне пришли в голову не случайно: 25 декабря 2015 года Омская профессиональная сестринская ассоциация отметит свой 15-летний юбилей, а именно Ассоциация направляет и организует, дает силы и вдохновляет, обучает и объединяет сестринский персонал Омского региона, благодаря чему мы многого достигли, а главное, хотим постоянно двигаться вперед.

Коренные изменения в экономической и политической деятельности нашего государства существенно отразились на здравоохранении в целом и сестринском деле в частности. Ещё в 90-е годы, когда началось активное реформирование здравоохранения Омской области, начала действовать Омская



медицинская ассоциация, в рядах которой объединились 5 451 человек сестринского персонала. В ноябре 2000 года лидеры сестринского движения, главные медицинские сестры, выражая общую солидарность специалистов, приняли решение о создании Омской профессиональной сестринской ассоциации, в целях объединения усилий продвижения и развития сестринского дела. К первому января 2001 года в Ассоциации состояло 4500 человек, а уже сегодня она объединяет почти 15 000 специалистов из 125 медицинских организаций региона.

Нашим лидером все эти годы была и остается Татьяна Александровна Зорина – президент Ассоциации, Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации. Её бессменным соратником, вице-президентом, исполнительным директором Ассоциации является Ольга Александровна Бучко, Отличник здравоохранения РФ. Правление Ассоциации за это время сменило три состава, но всегда это были и есть яркие представители сестринского движения, энтузиасты своего дела, лидеры способные объединить и направить в нужное русло усилия многочисленной армии медицинских сестер региона.

В настоящее время в ассоциации работают три комитета: профессиональный, этический и информационно-ана-

литический. С 2011 года создаются специализированные секции, сегодня таких секций уже девять: «Сестринское дело во фтизиатрии», «Акушерское дело», «Сестринское дело в педиатрии и неонатологии», «Сестринское дело в психиатрии и наркологии», «Сестринское дело в онкологии», «Рентгенология», «Сестринское дело в реабилитации», «Сестринское дело в первичном здравоохранении», «Гистология». Руководители, члены специализированных секций и медицинские сестры ведут работу по развитию и объединению профессиональных интересов, накапливая опыт, стремятся усовершенствовать свою деятельность, внося бесценный вклад в повышение качества оказания медицинской помощи населению Омской области.

Делая упор на развитие сестринской профессии и повышение квалификации специалистов, Ассоциация создала все условия для профессионального роста и развития своих членов. Она содействовала внедрению накопительной системы повышения квалификации сестринского персонала, при её поддержке в 19-ти медицинских организациях организованы и действуют учебно-методические кабинеты, приобретается и распространяется актуальная научно-методическая литература, проводятся научно-практические конференции, семинары и иные меро-

приятия. Осуществляется масштабная информационная и издательская деятельность. С 2009 года работает сайт Омской профессиональной сестринской ассоциации, где освещаются все проводимые мероприятия. Медицинские организации Омской области имеют на сайте свои странички – так мы делимся опытом и обмениваемся информацией.

В рамках профессионального партнерства члены Ассоциации принимают активное участие во всероссийских съездах, форумах, конгрессах, конференциях, направленных на рост социального и профессионального статуса медицинских сестер. Благодаря поддержке Ассоциации медицинских сестер России, мы имеем честь представлять российское сестринское движение на ключевых мероприятиях международного масштаба.

Идя в ногу со временем и даже опережая некоторые события, Ассоциация поддержала и реализовала несколько проектов: международные проекты «ОКП. Оказание помощи больным и борьба с туберкулезом и туберкулезом со множественной лекарственной устойчивостью в ЛПУ» 2007–2008 гг.; «Лидерство в переговорах» 2007–2010 гг.; «Совершенствование сестринской помощи при проведении химиотерапии» 2014–2015 гг. Проекты Омской профессиональной сестринской ассоциации: «Исследования в сестринском деле» 2011–2012 гг., 2013–2014 гг.; «Омская профессиональная сестринская ассоциация как инструмент в управлении сестринской деятельностью» 2014–2015 гг.; «Профессия, творчество, поэзия...» 2013–2015 гг.; «Научно обоснованные методы поддержки онко-



больных и ухаживающих за ними лиц» 2015 г.

Во многом благодаря всем этим проектам, мы выявили неординарных, компетентных, активных специалистов, которые дали толчок и вывели профессию на новый уровень. Мы открыли новые грани сестринской профессии, позволив себе реализоваться в науке и искусстве сестринского дела. На сегодняшний день 21 медицинская сестра-исследователь провела колоссальную работу по содействию внедрению в медицинскую практику научно обоснованных принципов осуществления ухода и выполнения медицинских услуг пациентам.

Уникален опыт Омской профессиональной сестринской ассоциации в работе со своими членами через представителей сестринских коллективов. Так, с 2009 года в организациях действуют ключевые члены Ассоциации, которые являются связующим звеном, осуществляют разъяснительную ра-

боту, способствуют укреплению авторитета и репутации Ассоциации и её представителей в обществе. В настоящее время свою деятельность осуществляют 180 ключевых членов, на которых в среднем приходится 82 члена Ассоциации. Таким образом, каждый специалист со своими вопросами, интересами, начинаниями своевременно попадает в поле зрения Ассоциации, что положительным образом сказывается на деятельности организации и в некоторых моментах даже координирует её. Безусловно, самым важным является тот факт, что все, чем сегодня занимается Омская профессиональная сестринская ассоциация, зарождалось идеями и начинаниями в сестринских коллективах.

Ассоциация сегодня – это профессиональное объединение, созданное на основе принципов самоуправления, законности и гласности. Во многом её успех определяется эффективной структурой управления, ведь еще в 2006 году она была признана школой передового опыта в развитии общественного движения в России. В июне этого года в Омске прошел Всероссийский семинар для президентов региональных ассоциаций РАМС «Управление общественной организацией». Все это еще раз подтверждает, что начатые когда-то инициативы мы развиваем и пропагандируем и сегодня.

Несомненно, за это время в Ассоциации сложились определенные традиции: мы ежегодно отмечаем свои профессиональные праздники, проводим конкурсы «Лучший по профессии» в разных номинациях, отчетные собра-





дущее. Мы молоды и мы едины, а значит нам многое по плечу!

В завершение мне хочется выразить огромную благодарность всем медицинским сестрам, руководителям и лидерам Ассоциации, всем, кто всё это время был рядом с нами и поддерживал нас. И позвольте подарить всем членам Омской профессиональной сестринской ассоциации авторские стихи.

*Ритм жизни четок, неизбежен,
День ото дня кипит работа.
И вновь достигнутый рубеж,
И снова целый год в заботах.
15 лет так быстро пролетело,
Но много в памяти свершений.
Ведь взявшись за любое дело,
Мы ищем тысячу решений.
У каждого своя задача,
Пока в усилиях мы едины.
Пусть не покинет нас удача,
И будем мы непобедимы!
В калейдоскопе дней, событий
Есть отражение наших дел.
И много впереди открытий
Для тех, кто духом чист и смел.
И в день чудесный юбилея,
Вам снова скажем: «ТАК ДЕРЖАТЬ!»
Идею общую лелея,*

ния, участвуем в профилактических акциях всероссийского и международного уровней, способствуя тем самым консолидации и укреплению сестринской профессии, открывая новые возможности и перспективы. Ассоциация имеет свою эмблему, а все мероприятия начинаются с исполнения гимна Омской профессиональной сестринской ассоциации. С 2005 года за особый вклад в развитие сестринского дела учреждена медаль «За верность сестринскому делу», обладателем которой стали медицинские сестры, поистине внесшие неоценимый вклад в развитие сестринского движения.

Возможно, 15-летний стаж работы для общественной организации – это не большой срок, но сегодня, анализируя наш опыт и каждый пережитый день, мы с особой гордостью можем сказать, что эти годы прожиты не напрасно. В регионе практикуют молодые специалисты, для которых сегодня «вчера» наши идеи есть повседневная практика, и это тоже наша общая заслуга. Ассоциация – наша сила, и как показывает время, именно вместе мы можем осуществить все планы, реализовать интересные идеи, решать актуальные задачи. И действительно сегодня, подводя итоги, мы смотрим в бу-

**30 октября 2015 года Зорина Татьяна Александровна
была награждена медалью Правительства Омской области «За высокие достижения».**



Подготовка рабочего места ассистента, эксплуатация и уход за стоматологической установкой



■ **Фусс Татьяна Владимировна**
Заместитель генерального директора по работе с сестринским персоналом стоматологической клиники ООО «Мега-Дент», председатель секции по соматологии ТРОО ТОПСА



■ **Шарыпова Татьяна Геннадьевна**
Старшая медицинская сестра стоматологического отделения ООО «Поликлиника консультативно-диагностическая им. Е.М. Нигинского», заместитель председателя секции по соматологии ТРОО ТОПСА

Сколько существует человечество, столько времени люди испытывали муки от зубной боли. Сказать точно, когда началась история стоматологии сложно, но то, что это направление медицины не останавливается в своём развитии, очевидно даже не профессионалу. Пациентам конца 19 века ещё приходилось крутить велосипедные педали, которыми было оснащено стоматологическое кресло: так бормашина запускалась в работу, а зубной врач в это время сверлил зуб. Сегодняшние пациенты, попадая на приём к стоматологу, погружаются в атмосферу настоящего волшебства без дискомфорта и боли, получая красивые улыбки. Совершенствуются оборудование, материалы, методики лечения. И помимо стомато-



лога в действии преобразования участвует ещё один специалист – ассистент врача.

Совместная работа врача и ассистента повышает комфорт пациента, позволяет максимально использовать знания и навыки врача, применять качественные медицинские технологии, повышает производительность труда за счёт разделения функций врача и помощника. Ассистент приветствует пациента, размещает в кресле и готовит к лечению, но прежде чем пригласить пациента в кабинет, необходимо тщательно подготовиться к приёму.

НАЧАЛО РАБОТЫ

Первое что необходимо проконтролировать – это отсутствие под нижней поверхностью стоматологического кресла **предметов оснащения: медицинской мебели, оборудования, регулировочной педали.**

Далее, лёгким нажатием **включаем компрессор и закрываем кран сброса конденсата** (если такой имеется).

Следующий этап в подготовке рабочего места – это **проверка наличия**

воды в системе водоподготовки. Порядок ваших действий следующий:

1. Открыть дверку стоматологической установки (основная консоль).

2. Проверить колбу с дистиллированной водой, которая поступает во всю систему установки (**вода обязательно должна быть дистиллированной, так как водопроводная имеет взвеси – калия и магниевые соли, которые образуют осадок на шлангах**).

3. Количество воды должно быть на момент начала лечения не менее 2/3 ёмкости, если планируется долгосрочная работа, должна стоять запасная колба с дистиллированной водой.

4. Вода не должна застаиваться, так как в не обновляющейся воде образуются колонии микроорганизмов, которые впоследствии попадают в рот пациенту и могут вызвать инфекционное заболевание.

Далее необходимо **проверить качество обработки системы пыле- и слюноотсоса.** Открывая резиновые заглушки, мы проверяем чистоту фильтров (пластиковые сеточки), затем проверяем наличие противовспенивающих таблеток в фильтре (если нет, по-

ложить). Далее проверяем целостность шлангов пыле- и слюноотсоса.

После этого **переходим к обработке стоматологического кресла и поверхностей оборудования.** Сначала кресло пациента и другие мягкие и резиновые поверхности установки протираем дезинфицирующим средством, обладающим моющим эффектом. Ни в коем случае – не антисептиком, так как антисептики обладают дубящим действием и приводят к растрескиванию покрытия (кожезаменителя). Остальные твёрдые поверхности оборудования можно протереть дезинфицирующим средством или антисептиком.

В ПРОЦЕССЕ РАБОТЫ

В работе стоматолога используется система пылесоса и слюноотсоса, которая требует обязательной очистки, система втягивает в себя воздух и соответственно слюну, а вместе с ней и остатки пломбировочных материалов. **Обильная промывка шлангов пылесоса и слюноотсоса** проводится горячей водой путём погружения шланга в ёмкость с водой (по 1 л. на каждый шланг отдельно) после каждого пациента и даже в процессе работы, если лечение длится более 1 часа. После каждой промывки обязательно возвращайте шланги в исходное положение. Хранение слюноотсосов и пылесосов вне работы осуществляется отдельно от шлангов (ни в коем случае не надеваются на шланги заранее, надеваются

в присутствии пациента, перед началом лечения).

Важно **правильно высадить пациента из кресла** (так как возможно запутывание и разрыв шланга, каждый шланг внутри имеет 6 медных проводов, которые могут порваться невидимо). Как это сделать?

- Опустить кресло до уровня роста пациента (имеющиеся у пациента на джинсах и сапогах, замки, заклёпки могут привести к порезу или порыву покрытия кресла).
- Отодвинуть все панели инструментов на пути вставания и продвижения пациента (предупреждает растягивание шлангов).

Использованный инструментарий и отработанный материал подвергается дезинфекции после каждого пациента.

Обработка поверхностей оборудования и мебели протирается ветошью, смоченной дезинфицирующим средством, особенно тех частей, которые в процессе работы были подвержены загрязнению (ручка светильника, стоматологическое кресло, плевательница, панели с инструментами, инструментальный столик)

Смена перчаток производится после каждого пациента, перед надеванием новой пары необходимо вымыть руки гигиеническим способом, либо обработать антисептиком. Перчатки желательно надевать в присутствии пациента, в поле его зрения, это даст пациенту ощущение безопасности. Ни в коем случае не выходите из кабинета в перчатках – разнос инфекции, ощу-

щение антисанитарии в клинике. Работу осуществлять в маске и защитных очках, щитках.

ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ РАБОТЫ

В конце смены ассистент доктора вновь возвращается к **очистке системы пылесоса и слюноотсоса.** Для этого готовится чистящий раствор (Orotol Plus 2% – 2 л.). 1 л. раствора заливаем в чашку плевательницы и пропускаем через автоматическую систему слива, затем промываем плевательницу обычной водопроводной горячей водой в количестве 1 л., затем дистиллированной водой в количестве 1 л. для обессоливания.

Второй литр раствора заливаем в промывочный бачок, ставим его на горизонтальную поверхность и вставляем во вкладыши крышки бачка шланги пыле- и слюноотсоса, дожидаясь когда бачок будет опорожнён, приводим шланги в исходное положение. Манипуляцию повторяем ещё раз, только вместо раствора Orotol Plus используем обычную водопроводную горячую воду в количестве 1 л., затем ещё раз – дистиллированной водой в количестве 1 л. для обессоливания.

Съёмные резинки, соединяющие шланги с пылесосом и слюноотсосом, **необходимо смазать лубрикантом** (глицерин, вазелин) для предотвращения склеивания.

Далее помощник врача должен **визуально проверить колбы сепаратора.** Особенность этой системы (сепаратора) заключается в разделении воздуха и воды, слив должен производиться в течении 5 секунд, но если этого не происходит, то можно предположить засорение канализации или сепаратор оказался забит пеной. Пена впоследствии может создать короткое замыкание между электродами – на внутренних поверхностях колбы не должно быть налёта. Для того чтобы пена не образовывалась, существуют специальные противовспенивающие таблетки.

При наличии налёта колба промывается только техником путём разбора всей системы, наличие налёта свидетельствует о плохой промывке и не использовании противовспенивающей таблетки.



Промывку фильтров системы пыле- и слюноотсоса ассистент врача может производить самостоятельно: сначала фильтр (сеточка) извлекается, прочищается щеткой в мыльнодезинфицирующем растворе, далее в сеточку кладется противовспенивающая таблетка (1 таблетка на 3–4 дня, при очистке таблетка временно вынимается из сеточки).

Эксплуатация стоматологических наконечников осуществляется по отдельной инструкции.

1. Контроль количества сливного масла от наконечников:

- Повернуть инструментальную консоль и обнаружить резервуар сливного масла, проконтролировать наличие в нём масла, в норме оно может накапливаться в течение месяца. Резервуар необходимо своевременно опорожнять и менять имеющуюся в нём ватную прокладку.

2. Привести стоматологическую установку в режим хранения:

- С помощью регулировочной педали зафиксировать стоматологическое кресло максимально вверх, в целях обеспечения свободного доступа для гигиенической дезинфекции нижних поверхностей оборудования, окружающей мебели и пола.
- Проследить, чтобы педаль регулировки и другие предметы не попали под нижнюю поверхность кресла.
- Отключить компрессор



3. Поверхности помещения, оборудования, мебели, использованный инструментальный и отработанный материал подвергнуть дезинфекции.

В эксплуатации передвижного автономного компрессора есть ряд особенностей. Компрессор автономный, то есть не соединён со стоматологической установкой и соответственно канализационной системой, имеет сливной бачок, фильтр и консоль системы пыле- и слюноотсоса. Очистка системы пыле- и слюноотсоса осуществляется идентично со стационарной стоматологической установкой. Сливной бачок опорожняется ручным способом по окончании рабочей смены, дезинфицируется и хранится в сухом чистом виде.

Пескоструйный наконечник, используемый для снятия зубных отложе-

ний при помощи струи порошка под определенным давлением (порошок – песок – ароматизированная сода) состоит из нескольких деталей. Его эксплуатация и последующая очистка требуют соблюдения следующего порядка действий:

1. После использования наконечника необходимо удалить оставшийся порошок из резервуара, произвести сухую очистку резервуара, дезинфекцию наконечника, методом протирания, стерилизацию.

2. Хранение осуществлять с введённым в просвет наконечника мондреном. При закупорке просвета наконечника (забивка песком), необходимо произвести горячую очистку путём промывания горячей водой с помощью шприца или другого механического специального приспособления, промывать обильно до растворения соды и свободного прохождения струи воды.

Таким образом, мы рассмотрели все основные этапы подготовки и эксплуатации рабочего места медицинской сестры и врача. Стоматология – сфера медицины, связанная с повышенным риском передачи инфекций от пациента пациенту, от пациента к медицинскому работнику. Поэтому грамотные действия ассистента стоматолога и самого врача должны быть направлены на предотвращение всех возможных рисков. Соблюдение этих правил крайне необходимо для оказания медицинской помощи на качественно высоком уровне.



Оценка взаимодействия службы крови с медицинскими организациями Республики Марий Эл.



■ **Зангерова Е.Ю.**

Главный врач Республиканской станции переливания крови



■ **Пайбактова Т.А.**

Главная медицинская сестра Республиканской станции переливания крови



Организация трансфузионной терапии в медицинских организациях является неотъемлемой частью лечебного процесса. Конечным результатом, как для учреждения службы крови, так и для медицинского учреждения является обеспечение качества гемотрансфузионной терапии, отсутствие ятрогенных осложнений, что возможно только при грамотных, слаженных действиях медицинского персонала.

В проведении гемотрансфузионной терапии принимают участие врачи и средний медицинский персонал лечебных отделений, специалисты клинической лабораторной диагностики, проводящие иммуногематологические исследования, необходимые для обеспечения биологической безопасности трансфузий, персонал кабинета переливания крови. В соответствии с действующими нормативными документами ответственность за проведение гемотрансфузий несет врач, но роль среднего медицинского персонала

в конечном результате не менее значима. Поскольку именно специальные знания в области инфузионного дела при осуществлении гемотрансфузии позволяют грамотно организовать специалисту свое рабочее место, что сводит риск осложнений к минимуму.

На основе анализа нормативных документов, регламентирующих организацию и обеспечение качества трансфузионной терапии, должностных обязанностей сестринского персонала были выделены критические точки, то есть этапы процесса, процедуры, несоответствующее выполнение которых может привести к снижению качества трансфузионной терапии и возникновению риска для пациента (табл.1).

Для оценки вовлеченности специалистов сестринского дела в проведение различных этапов трансфузионной терапии в ЛПУ нами был проведен социологический опрос по специально разработанной анкете. Средний возраст респондентов составил $36,6 \pm 0,5$ лет, Самая малочисленная группа (19,8%) представлена медицинскими сестрами со стажем работы до 5 лет. Большинство специалистов (53,6%) имело квалификационную категорию. В опросе участвовали постовые медицинские сестры, специалисты се-

стринского дела отделения анестезиологии и реанимации, процедурные, старшие медицинские сестры, сестринский персонал перевязочных кабинетов, соответственно 70,0%, 17,3%, 5,7%, 3,9%, 3,1%.

Анкетированным было предложено указать насколько часто они принимают участие в выполнении того или иного технологического процесса, можно было выбрать следующие ответы «никогда», «иногда», «в основном», «всегда».

Как выяснилось, занималось подготовкой пациента 85,5% опрошенных медицинских сестер, подготовкой компонентов крови – 83,7%, необходимого оснащения к трансфузии – 89,9%; 88,6% респондентов принимали участие в определении группы крови и резус фактора; 85,9% оказывали помощь врачу в предтрансфузионном проведении проб на совместимость; осуществляли мониторинг состояния пациента во время и после трансфузии – 89,9% сестер, занимались хранением остатков трансфузионных сред – 83,7%, ведением учетной документации 79,7%. Большинство медицинских сестер, в той или иной степени, задействованы в проведении дезинфекционных мероприятий (обработка инструментария

Таблица 1

«Критические точки» на этапах трансфузионной терапии

Этап процесса	Ожидаемый результат	Возможные риски
Транспортировка компонентов донорской крови	Сохранность факторов свертывания, биологической полноценности компонентов крови	Отсутствие контроля температуры, возможность повторного замораживания, размораживания, механических повреждений
Хранение компонентов крови	Сохранность факторов свертывания, биологической полноценности, обеспечение требований инфекционной безопасности	Нарушение условий хранения, отсутствие контроля температурного режима, сроков годности компонентов крови
Получение компонентов крови	Профилактика посттрансфузионных осложнений	Отсутствие макроскопической оценки, оценки целостности контейнера
Учет компонентов крови, ведение документации	Соблюдения требования идентификации и прослеживаемости	Профилактика посттрансфузионных осложнений
Хранение систем для введения крови и её компонентов, других расходных материалов	Обеспечение качества гемотрансфузионной терапии	Несоблюдение сроков годности, нарушение стерильности, отсутствие необходимого количества
Хранение диагностикумов	Обеспечение качества иммуносерологических исследований	Несоблюдение сроков годности, нарушение температурного режима
Контроль температурного режима помещения, для проведения иммуносерологических исследований	Обеспечение достоверности результатов	Отсутствие контроля, несвоевременное реагирование на несоответствие
Размораживание плазмы	Сохранность факторов свертывания, нарушение требований инфекционной безопасности	Неконтролируемое размораживание, без использования специальной аппаратуры, нарушение температуры размораживания
Согревание трансфузионной среды	Профилактика гипотермии	Переливание холодной трансфузионной среды
Подготовка больного к трансфузии	Профилактика посттрансфузионных реакций и осложнений	Отсутствие контроля температуры тела, частоты сердечных сокращений, АД, результатов анализа крови, мочи
Подготовка оборудования, расходных материалов для проведения трансфузии	Профилактика посттрансфузионных реакций и осложнений	Нарушение требований асептики, техники заполнения системы для переливания крови
Мониторинг состояния пациента во время и после трансфузии	Профилактика посттрансфузионных осложнений, возможность выявления причины посттрансфузионного осложнения	Отсутствие контроля необходимых параметров, несвоевременность, недооценка изменений состояния пациента
Хранение донорского контейнера с остатками трансфузионной среды, образцов сыворотки крови и эритроцитов реципиента	Профилактика посттрансфузионных осложнений, обеспечение прослеживаемости	Нарушение сроков хранения, несоблюдение температурного режима, нарушение маркировки
Обработка инструментария, использованного расходного материала	Обеспечение инфекционной безопасности	Нарушение регламентирующих требований, несоблюдение экспозиции, концентрации дезинфицирующих растворов

после определения групповой и резус принадлежности – 89,9%; обработка расходных материалов после процедуры переливания – 86,9%. Несколько реже средний медицинский персонал осуществляет хранение (36,6%) и транспортировку трансфузионных сред (41,0%). Таким образом, проведенное анкетирование позволило оценить вовлеченность персонала со средним медицинским образованием в процессы, направленные на обеспечения качества и безопасности трансфузионной терапии.

Данные результаты позволяют сделать вывод о том, что для обеспечения качества трансфузионной терапии недостаточно усилий только врачебного персонала. Роль специалистов се-



Рис. 1. Распределение ответов медицинских сестер по нахождению специалиста в «критических точках» гемотрансфузионной терапии

стринского дела, руководителей сестринских служб зачастую недооценивается, но участие сестринского персонала в большинство процессов на этапе клинического применения компонентов крови требует особого вни-

мания к уровню подготовки этой категории специалистов.

Подготовку средних медицинских работников к выполнению данных функций нельзя назвать исчерпывающей. Циклы усовершенствования про-



водятся один раз в пять лет и основное внимание уделяется профильной специальности, тогда как изменения в нормативной базе, регламентирующей трансфузионную терапию, в последние годы идут постоянно, меняются технологии, значительно расширен спектр лабораторных исследований. Меняется и сам состав сестринских коллективов, приходит молодежь, уходят сестры с большим практическим опытом. Все это требует от специалистов со средним медицинским образованием постоянного непрерывного совершенствования знаний. Непрерывность образования позволяет быть специалистам конкурентоспособными на рынке труда, обеспечивает качество оказания медицинской помощи населению.

Именно поэтому Республиканской станцией переливания крови совместно с РОО «Ассоциация средних медицинских работников РМЭ» при активной поддержке председателя Ассоциации Кузьминых Евгении Яковлевны в плановом порядке проводится постоянная работа, направленная на совершенствование знаний и практических навыков медицинского персонала со средним образованием в области трансфузионной терапии.

Еще в 2008г. в рамках участия республики в международном проекте «Лидерство в переговорах», проводимом Ассоциацией медицинских сестер России в партнерстве с Международным Советом медсестер был разработан проект «Единый подход в службе крови – оптимальный результат для пациента». Основной целью проекта была определение единого подхода к работе всех структур ЛПУ, чья работа связана с переливанием компонентов крови, и в конечном итоге направлена на обеспечение качества, оказываемой трансфузиологической помощи пациенту. Проект был успешно реализован, но в ходе его выполнения стало ясно, что останавливаться на достигнутом не стоит.

Ежегодно в план работы РОО «Ассоциация средних медицинских работников РМЭ» включаются учебные мероприятия по тем или иным разделам переливания крови и её компонентов. Так в 2014–2015гг. в рамках республиканской конференции «Медсестра в хирургии»

был представлен доклад «Организация трансфузионной терапии в соответствии с новыми нормативными документами. Основные ошибки в работе сестринского персонала». Данная тема была представлена и на межрайонной сестринской конференции, проводимой РОО «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл» в апреле 2014г. В 2015г. работа по данному направлению ведется как с выездным участием в лечебные учреждения, так и в условиях станции переливания крови. Специалисты Республиканской станции переливания крови принимают участие во всех проверках медицинских организаций, проводимых Министерством здравоохранения совместно с РОО «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл».

Таким образом, общероссийская тенденция непрерывного образования, деятельность, направленная на формирование специалиста компетентного в своей профессиональной среде в Республике Марий Эл стала приемлемой и возможной благодаря активной деятельности РОО «Ассоциации специалистов со средним медицинским образованием РМЭ». А активное взаимодействие сестринской общественной организации и службы крови республики позволяет решать общие для всех задачи, обеспечивать качество оказываемой медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жибурт, Е.Б. Бенчмаркинг заготовки и переливания крови: рук. для врачей. – М.: РАЕН, 2009. – 364 с.
2. О роли врача трансфузиолога в подготовке среднего медицинского персонала / А.В. Бахметьев [и др.] // Вестник службы крови России. – 2011. – № 2. – С. 3–5.
3. «Об утверждении Инструкции по применению компонентов крови» приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 25 ноября 2002 г. № 363.
4. «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) её компонентов» приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 2 апреля 2013 г. № 183н.



В ПОДДЕРЖКУ ЗДОРОВЬЯ

30 сентября 2015 года в 11.00 в актовом зале ГАУЗ «Брянский клиничко – диагностический центр» состоялась региональная конференция на тему: «Здоровый образ жизни. Профилактика неинфекционных заболеваний».

В работе конференции приняли участие более 130 медицинских работников: главные медицинские сестры, главные акушерки, старшие медицинские сестры, медицинские сестры отделений (кабинетов) медицинской профилактики, члены Совета сестер Брянской области, члены Правления общественной организации «Ассоциация сестринского персонала Брянщины» и председатели подразделений ассоциации в медицинских организациях.

Приветствуя участников конференции, главный консультант департамента здравоохранения А.А. Романова рассказала, что 25 сентября 2015 Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Игоревна Скворцова выступила с докладом на круглом столе "Изменяя мир: укрепление здорового образа жизни и контроля за неинфекционными заболеваниями", проходящем на полях Генеральной ассамблеи ООН в Нью-Йорке: Она в частности говорила, что на лидирующее место, определяющее смертность и инвалидность в мире, выходят неинфекционные заболевания. В XXI веке эта тенденция лишь усилилась: по данным ВОЗ, в 2012 году из 56 миллионов смертей 38 миллионов, то есть 68%, были вызваны неинфекционными заболеваниями. При этом треть умерли преждевременно, не дожив до 70 лет. Сегодня, сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические заболевания легких и диабет убивают трех из пяти человек.

Здоровый образ жизни – образ жизни отдельного человека с целью профилактики болезней и укрепления здоровья. ЗОЖ направлен на улучшение и сохранение здоровья с помощью соответствующего питания, физической подготовки, морального состояния и отказа от вредных привычек.

Об актуальности ЗОЖ на сегодняшний день, вызванной возрастом на-

грузок на организм в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характера, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья, говорила Н.В. Огребова, старшая медицинская сестра терапевтического отделения № 1 ГАУЗ «Брянская городская поликлиника № 5».

Главный врач ГАУЗ «Центр медицинской профилактики» Н.Н. Мануйлова отметила, что нужно уделять больше внимания профилактической направленности медицины особенно в деятельности среднего медицинского персонала. Принцип профилактики наиболее полно отражает гуманистическое содержание и социальное предназначение медицинской деятельности. Также она информировала присутствующих об итогах диспансеризации определенных групп взрослого населения за 9 месяцев 2015 года.

«Пропаганда здорового образа жизни – опыт работы в ЦРБ» – это тема выступления главной медицинской сестры ГБУЗ «Комаричская ЦРБ» Гавриловой Н.В. Цель пропаганды здорового образа жизни – формирование гигиенического поведения населения, базирующегося на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах,

направленных на сохранение и укрепление здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия. Медицинские работники должны квалифицированно использовать все доступные и необходимые методы и средства гигиенического обучения и воспитания.

Л.А. Третьякова, президент БРОО «Ассоциация сестринского персонала Брянщины» отметила в своем выступлении, что наши совместные усилия позволят облегчить бремя неинфекционных заболеваний, способствуя увеличению продолжительности здоровой активной жизни наших современников и обеспечению здоровья будущих поколений. Особое внимание в Российской Федерации уделяется вопросам общественного здоровья и формирования здорового образа жизни. В частности, около трети всего населения сегодня систематически занимается физической культурой и спортом. Мы участвуем во всех мероприятиях, пропагандируя здоровый образ жизни – это и Лыжня России, кросс нации, акция «Брось сигарету – спаси планету!» и спортивная акция «Норма жизни» для людей с ограниченными возможностями и самых маленьких жителей города. Мы за здоровый образ жизни!



Система оказания специализированной медицинской помощи при ДТП в травмоцентрах второго уровня



■ Варфоломеева И.М.

Зам. главного врача по работе с сестринским персоналом
ГБУЗ ЛО «Тосненская КМБ»



■ Назарова М.О.

Зав. отделением паллиативной
медицинской помощи Никольской
больницы ГБУЗ ЛО «Тосненская КМБ»



■ Невмержицкая Н.А.,
фотограф

Распространенность дорожно-транспортных происшествий, травматизма и смертности от них в России остается на беспрецедентно высоком уровне. Причинами ДТП являются многие факторы, включая **рост количества автотранспортных средств**, некачественные дороги, непрофессиональные водительские умения, вождение автомобиля в состоянии алкогольного опьянения, невнимательность и агрессивная манера вождения. В результате ДТП в России погибают около 28 000 человек в год.



Гибель населения от ДТП серьезно влияет на демографическую ситуацию. А экономические убытки, по словам председателя Правительства Дмитрия Медведева, составляют около 470 миллиардов рублей. Как считают эксперты, это около трех процентов ВВП, что, например, соизмеримо с текущими расходами на оборону страны.

По данным межрегионального центра «За безопасность российских дорог», Ленинградская область занимает первое место в Российской Федерации по аварийности. Так, за 2014 на территории региона за 2014 год произошло 3790 ДТП, погибли 643 человека, тысячи пострадали. Последствия аварий более чем плачевны.

При сравнении динамики смертности при ДТП в России и Ленинградской области, можно увидеть, что количество смертельных исходов при ДТП в Ленинградской области в два раза больше, чем в среднем по России, и в три раза превышает показатель, установленный государственной целевой программой до 2020г.

Анализируя относительные показатели аварийности в 2014 году можно сказать о том, что в Ленинградской области количество ДТП на 10 тыс. единиц транспортных средств на 38,5% превышает среднее значение по Российской Федерации, а число постра-

давших в ДТП на 100 тыс. населения превышает среднее значение по Российской Федерации на 68,0%.

Совершенствование организации медицинской помощи при ДТП необходимо поскольку:

- Тяжелые сочетанные травмы занимают 3 место среди причин смертности;
- У лиц моложе 40 лет ТСТ занимают 1 место;
- У людей до 20 лет – являются преобладающей причиной смерти;
- 30% травмированных тяжелой сочетанной травмой с шоком получают инвалидность.

По мнению Дмитрия Медведева, необходима современная, более эффективная система оказания помощи, поскольку в России число погибших на 100 пострадавших в ДТП значительно выше, чем в ведущих странах мира. Там успешно решены три ключевых вопроса: быстрота получения информации о происшествии, время начала оказания медпомощи и постоянная готовность больниц, расположенных вдоль автотрасс. Как считает Медведев, с этим у нас «сложное положение». Все мероприятия по совершенствованию организации оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП в Российской Федерации были отражены в ряде национальных программ:



- Приоритетный национальный проект «Здоровье» в 2008–2012 годах
- ФЦП «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах»

- Программа мероприятий по модернизации здравоохранения Российской Федерации в 2011–2012 года
- Государственная программа «Развитие здравоохранения Ленинградской области»

- Специфика оказания помощи пострадавшим в ДТП состоит в том, что первичная диагностика, а также стабилизация жизненно важных функций, должны быть произведены в течение первого «золотого» часа, чтобы избежать продления шока и осложнений. Все это становится возможным только в хорошо оснащенной противошоковой операционной.

Правительство Ленинградской области всерьёз озаботилось вопросом помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях и в рамках выполнения Федеральной программы в Ленинградской области создается система оказания специализированной медицинской помощи при ДТП в виде организации травмоцентров трех уровней, работающих в круглосуточном режиме:

- 3 уровень (районный) – реанимационная помощь + неотложная хирургическая помощь;
- 2 уровень (межрайонный) – реанимационная помощь + неотлож-

Висела жизнь на волоске

Травмоцентры нужны в каждом российском регионе. Как нельзя лучше это подтверждает случай, имевший место в Республике Марий Эл еще два года назад. Кстати героев этого эпизода, сыгравших решающую роль в жизни и судьбе пострадавшей участницы дорожного движения, наградили благодарностью министра здравоохранения Республики.

Фельдшер Кокшамарской подстанции скорой помощи Звениговского района Алевтина Рыбакову и Игоря Анисимова чествовали на конференции Ассоциации средних медицинских работников Республики Марий Эл.

Декабрьским днем на трассе близ Кокшамар Звениговского района столкнулись два легковых автомобиля. За рулем джипа находилась молодая женщина из Чебоксар, направлявшаяся из Йошкар-Олы домой.

Елена получила множественные сочетанные травмы и без преувеличения оказалась после аварии на грани жизни и смерти. Дальней-

шая ее судьба находилась в руках бригады скорой помощи, прибывшей к месту автокатастрофы.

– Когда мы приехали, – рассказывает Алевтина Васильевна, – женщину уже перенесли в машину сотрудников ГИБДД, она теряла сознание. На месте аварии мы оказывали экстренную помощь в течение 13 минут, потом связались через диспетчерскую с Йошкар-Олой: приняли решение везти Елену в столицу, поскольку требовалась высококвалифицированная помощь специалистов травмоцентра первого уровня. Пока обезболивали, ставили капельницу с допаминотом для поддержания давления, давали кислород, нам очень помогла женщина, которая ехала на машине из Звенигова в Йошкар-Олу. Она остановилась и все время поддерживала пострадавшую психологически, задавала ей вопросы, успокаивала, не давая потерять сознание. В этой запарке мы, конечно, имени ее не спросили, но спасибо ей за помощь! Эта женщина, кстати, потом звонила в больницу, интересовалась самочувствием пострадавшей. Побольше бы таких равнодушных людей.

– А нам бы побольше таких грамотных фельдшеров на «скорой», – говорит заведующий отделением анестезиологии-реанимации Республиканской клинической больницы Константин Алексеевич Кудряшов. – Пострадавшая действительно находилась в критическом состоянии, от действий персонала, оказывавшего помощь на трассе и доставлявшего пострадавшую в Йошкар-Олу, зависела ее жизнь. Все работали очень профессионально. Ситуация выглядела, пожалуй, как в сериалах про скорую помощь, когда все делается



ная хирургическая помощь + интенсивная терапия;

- 1 уровень (региональный) – полный объем специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

Как отмечает главный хирург Ленинградской области Олег Николаевич Эргашев, «важным инструментом травмоцентра является противошоковая операционная, куда пострадавшие попадают, минуя приемное отделение, где диагностика происходит одновременно с лечением, а самым главным противошоковым мероприятием является сама операция».

В 2012г. в рамках выполнения федеральной программы 12 районных больниц Ленинградской области были оснащены противошоковыми операционными второго уровня. Результатом этой работы, по мнению специалистов, станет увеличение числа госпитализированных пациентов в высокотехнологичные травмоцентры и, как следствие, снижение уровня смертности и инвалидизации пациентов.



Противошоковые операционные оснащены согласно стандарту операционных отделений для противошоковых мероприятий (приказ МЗ РЗ № 927н от 15 ноября 2012г.)

Новая система оказания помощи пострадавшим в ДТП позволяет пациентам сразу попадать в специализированный блок экстренной помощи, минуя приемное отделение.

стремительно, без лишних движений, ведь на кону – жизнь человека.

О подробностях происшествия расспрашивать фельдшеров бесполезно: для них тот день в череде обычных дежурств, поскольку их работа – практически ежедневный экстрим.

Алевтина Васильевна живет в Кокшамарах, родители ее – специалисты ветеринарии, так что медицину делом своей жизни выбрала не случайно. После окончания медколледжа почти шесть лет работала на станции скорой помощи в Новочебоксарске. Говорит, очень благодарна старшим коллегам, которые передавали ей опыт.

Напарником у нее в то время был Игорь Анисимов. Он тоже из Кокшамар, после 11 класса поступил в медицинское училище в Советске Кировской области (в Йошкар-Олинский медколледж не прошел по баллам). После окончания учебы два года работал медбратом в Центре для несовершеннолетних, и с 2010 года – на «скорой» в Кокшамарах.

Оба фельдшера в разговоре смущаются: ничего героического, вроде, не совершали, просто выполнили свою работу так, как положено. Но цена такой четко выполненной работы – спасенная жизнь молодой женщины.

По итогам 2013 года показатель смертности от ДТП в Марий Эл увеличился на 44,5%. Цифра, конечно, огорчает, но надо учесть, что 79% пострадавших погибли на месте происшествия еще до прибытия скорой помощи. А если «скорая» успевает прибыть вовремя и оказать грамотную помощь, то шансы у пострадавших выжить оказываются высокими: в прошлом году, например, госпитальная летальность

пострадавших в ДТП снизилась по сравнению с 2012-м годом на 31,7%. В этом есть и заслуга таких специалистов, как фельдшеры из Кокшамар.

Кстати, женщина, которая помогала нашим фельдшерам на трассе, работает заместителем директора по учебно-методической работе Транспортно-энергетического техникума в селе Красный Яр, зовут ее Ольга Юрьевна Капарович. Спасибо ей!

О. Бирючева

По территории Марий Эл проходят две федеральные автодороги: трасса 1Р-175, соединяющая федеральные трассы «Вятка» и М7-«Волга» (протяженность 95 км, проходит по территории Волжского, Звениговского, Медведевского районов) и трасса «Вятка» (протяженность 136 км, проходит по территории Медведевского, Звениговского, Оршанского районов, включает подъезды к Йошкар-Оле).

Республике Марий Эл на финансирование расходов, связанных с реализацией мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пострадавшим при ДТП выделено из федерального бюджета более 153 млн рублей.

В рамках реализации программы по ДТП запланирована организация травмоцентров первого уровня – на базе Республиканской клинической и Детской республиканской клинической больниц, а также Йошкар-Олинской горбольницы, травмоцентров второго уровня – в Волжской ЦГБ, третьего уровня – в поликлинике № 5 г. Йошкар-Олы и Звениговской ЦРБ. В 2014–15 годах откроются травмоцентры второго уровня в Сернуре и Козьмодемьянске.

В группу помещений ПШО входят: противошоковая операционная, предоперационный кабинет, служебные и технические комнаты, в которых размещено самое современное высокотехнологическое оборудование. Работают в операционной врачи и медицинские сестры, прошедшие дополнительное обучение.

Противошоковая операционная действительно уникальна. Благодаря системе приточно-вытяжной вентиляции над операционным полем всегда поддерживается повышенное давление чистого воздуха, что минимизирует вероятность внутрибольничного инфицирования при проведении полостных операций. Система подаёт воздух обогащённый кислородом, увлажнённый, подогретый или охлаждённый. Операционная оборудована современными бестеневыми лампами.

Герметичные автоматические двери с системой дистанционного управления для входа открываются клавишей, а закрываются автоматически, создавая герметичную среду.

Для обработки рук хирургов имеется мойка с бесконтактными кранами.

Предоперационная оборудована таким образом, чтобы была возможность начать реанимационные мероприятия на этапе подготовки к оперативному вмешательству.

Изолированная подача медицинских газов для обеспечения витальных функций пациента и анестезиологического пособия осуществляется с помощью современной консоли; анестезиологическое пособие обеспечивается современными наркозными аппаратами.

Также в ПШО имеются:

- Коагулятор – плазменный нож для выполнения практически бескровных, малотравматичных хирургических доступов;
- Эндовидеостойка – современное оборудование для выполнения оперативных вмешательств на поврежденных суставах и в брюшной полости;
- Реинфузатор – обеспечивает обратное введение потерянной при травме пациентом крови, что снижает риск фатальных гемотрансфузионных осложнений при обычных переливаниях препаратов крови;

- Ирригатор-асептор – предназначен для асептической обработки и лечения (путем малоинвазивного и малотравматичного удаления мертвых и инфицированных тканей) обширных гнойных и ожоговых ран;
- Отдельно оборудовано помещение для стерилизации, в котором имеется:
- Стерилизатор STERRAD – обеспечивает сухую, низкотемпературную стерилизацию инструментов, в том числе чувствительных к высокой температуре и влажности;
- Термосварочный аппарат для упаковки чистых нестерильных изделий, имеющий различные форматы дат стерилизации и истечения срока годности, счетчик числа упакованных изделий с возможностью обнуления, часы и календарь.

Так каков же механизм организации работы в противошоковой операционной?

Информация о направлении пострадавшего в травмоцентр поступает от врача догоспитального этапа, либо с центрального пульта скорой помощи.

Кратко, за 10–15 минут до госпитализации, сообщают механизм травмы, характер основных повреждений, предварительный диагноз и приблизительные сроки доставки пациента.

Пострадавший направляется в противошоковую операционную, находящуюся рядом с приемным покоем. Пациента завозят в предоперационную, где врачи реаниматологи, хирурги и травматологи проводят осмотр, противошоковые и реанимационные мероприятия.

Современное оборудование позволяет провести диагностику непосредственно на месте, не транспортируя пациента в другие кабинеты. Операционные медицинские сестры разворачивают операционную, где всегда наготове общехирургические, нейрохирургические и травматологические инструменты.

Врачи, анестезиологи и медицинские сестры ежеминутно борются за жизнь пострадавших в ДТП. Хочется отметить, что работа в операционной такого уровня, когда действует правило золотого часа и дорога не только каждая минута, но и секунда, требует от

специалистов огромных профессиональных и человеческих качеств – это и собранность, оперативность, чёткость действий, слаженная работа в команде.

Отдельно нужно выделить роль операционных медицинских сестёр, на плечи которых ложится огромная ответственность, что, безусловно, мотивирует медицинских сестёр повышать свои знания и навыки, учиться владеть эмоциями, действовать быстро и профессионально, вне зависимости от экстремальности ситуации.

И только при сложении факторов эффективной работы врача, медицинских сестёр, наличия высокотехнологического оборудования мы получим действительно достойный результат, вследствие чего смертность и инвалидизация от тяжёлых сочетанных травм, полученных в результате ДТП, снизится.

Итоги работы на данный момент:

- В настоящий момент 12 противошоковых операционных Ленинградской области работают на полную мощность;
- За 2014 год в травмоцентре 2-го уровня только Тосненской КМБ было проведено 249 оперативных вмешательств. Оказана медицинская помощь 206 пострадавшим с сочетанной травмой, в том числе 11 детям;
- В Ленинградской области организована вертолётная санитарная эвакуация, создана вертолётная маршрутизация;
- Построены вертолётные площадки во всех районах и в Ленинградской областной клинической больнице;
- Созданы алгоритмы лечения пострадавших с тяжелой сочетанной, множественной и изолированной травмой, сопровождающейся шоком;
- Все травмоцентры обеспечены оборудованием согласно Приказа МЗ РФ № 927н от 15.11.2012г.;
- Разработана маршрутизация для пострадавших с травмами;
- Проведено обучение врачей хирургов, травматологов, анестезиологов-реаниматологов лечению тяжелой сочетанной травмы;
- Проведено обучение специалистов сестринского звена работе с новыми аппаратами.

Региональный семинар для медицинских сестер онкологической службы

«НАУЧНО ОБОСНОВАННЫЕ МЕТОДЫ ПОДДЕРЖКИ ОНКОБОЛЬНЫХ И УХАЖИВАЮЩИХ ЗА НИМИ ЛИЦ» В ОМСКЕ



Ирина Владимировна Иващенко,
главная медицинская сестра БУЗ
Омской области «Клинический
онкологический диспансер»,
председатель специализированной
секции ОПСА «Сестринское дело
в онкологии»



В последние годы не только в России, но и во всем мире стремительно увеличивается количество людей, имеющих онкологические заболевания. Их лечение – очень сложный (как в психологическом, так и в лечебном плане), трудоемкий процесс, в котором задействовано много различных специалистов врачебного и сестринского персонала. При этом именно медицинские сестры находятся рядом с пациентом практически на всем протяжении лечения. Это большая ответственность, требующая специальных профессиональных и психологических знаний, навыков и терпения, что влечёт за собой необходимость постоянного повышения квалификации и изучения новых технологий сестринского ухода.

В целях поддержки и учебно-методической помощи медицинским сестрам в их нелёгкой работе Ассоциация медицинских сестер России в 2013 году совместно с Обществом онкологических медицинских сестер США успешно реализовала в России каскадным методом международный проект «Совершенствование сестринской помощи при проведении химио-

терапии», в котором приняли участие медицинские сестры из Омска (Е.В. Ларионова, Т.М. Цапинская) и по итогам которого провели обучение коллег в Омской области. Казалось бы, на этом проект в регионе завершен. Однако Омской профессиональной сестринской ассоциацией было принято решение в 2015 году его продолжить и реализовать проект ОПСА «Научно обоснованные методы поддержки онкобольных и ухаживающих за ними лиц» в целях увеличения числа медицинских сестер, имеющих знания и навыки по самым современным технологиям работы с медикаментами и психологическим методам поддержки пациентов.

Первым этапом проекта стал семинар для медицинских сестер онкологической службы, прошедший с 27 по 29 мая 2015 года на базе Омского центра повышения квалификации работников здравоохранения (ЦПК РЗ), в котором приняли участие 24 человека: старшие медицинские сестры, медицинские сестры отделений противоопухолевой лекарственной терапии, гематологических отделений, онкологических кабинетов поликлиники из медицинских организаций Омска и Омской области.

Был подобран сильный преподавательский состав, состоящий из 13 человек: это участницы международного проекта, старшие медицинские сестры клинического онкологического диспансера (КОД) Е.В. Ларионова и Т.М. Цапинская; главная медицинская сестра КОД И.В. Иващенко; старшие медицинские сестры КОД Т.М. Гапонова и В.И. Номинас; преподаватели ЦПК РЗ О.В. Кулябина, Е.В. Плехова, Е.А. Горкун; вице-президент ОПСА О.А. Бучко, а также представители ряда компаний.

В качестве задач семинара была определена поддержка сестринского персонала медицинских организаций онкологической службы посредством современных знаний, научно обоснованных рекомендаций, информации о безопасных технологиях работы с цитостатиками; укрепления знаний и навыков медицинских сестер по снижению эмоционального дистресса пациентов с онкологическими заболеваниями и ухаживающих за ними близких (тревога, депрессивное настроение и т. п.) и повышению качества их жизни; обучению методам снижения собственного стресса медицинской сестры, которые не требуют дополни-

тельных затрат, могут применяться в течение рабочего дня в любое время.

Семинар начался с приветствия и напутственных слов президента ОПСА Т.А. Зориной и директора ЦПК РЗ Н.Ю. Крючковой, которые отметили важную роль медицинских сестер в решении вопросов по обеспечению качества жизни онкологических пациентов и необходимость проекта для расширения профессиональных знаний и использования их в медицинских организациях Омской области.

В связи с тем, что семинар был рассчитан на три дня, участникам необходимо было уметь общаться, работать в команде, ведь даже индивидуальные задачи легче воспринимаются и быстрее выполняются, когда человека окружает дружный сплоченный коллектив. Поэтому организаторы решили сделать неофициальное знакомство: участники рассказывали о себе, своих увлечениях, достижениях и мечтах, что снизило ощущение неловкости и волнения, которые обычно возникают, когда собирается группа незнакомых друг с другом людей. Даже проведенный первичный тестовый контроль знаний по определению риска тошноты и рвоты, мониторингу флебитов не повлиял на всеобщее настроение.

Таким образом, семинар проходил легко и непринужденно, несмотря на плотную насыщенную программу.

В ходе первого дня семинара вниманию участников был представлен обзор международного проекта по совершенствованию сестринской помощи онкобольным 2013–2015 гг. Рассматривались вопросы безопасности химиотерапии и биотерапии, безопасности персонала и пациентов при проведении противоопухолевой терапии, безопасной инфузионной терапии. Прошла демонстрация видеоролика «Алгоритм действия медицинского персонала при случайном высвобождении цитостатиков», созданный медицинскими сестрами КОД. Для закрепления полученных знаний проведена ролевая игра «Действия медицинского персонала при случайном высво-

бождении цитостатиков», мастер-класс в современном симуляционном центре ЦПК РЗ по постановке периферического венозного катетера, где каждая участница смогла выполнить это на практике с соблюдением всех правил по технике постановки.

Второй день семинара начался с изучения темы мониторинга флебитов и имплантируемых порт-систем. Участники рассмотрели факторы персонального развития риска тошноты и рвоты, психологические аспекты деятельности медицинских сестер онкологического профиля, темы обучения пациента и нейтропении, еще раз вспомнили европейский стандарт обработки рук,



посмотрели обучающие видеоролики. Закрепление полученных знаний прошло на практических занятиях по постановке венозного порта, отработке навыков обработки рук и участием в ролевой игре по закреплению метода активного слушания и обучению пациента. В завершение второго дня участники вновь прошли тестирование по определению риска тошноты и рвоты, мониторингу флебитов.

Последний день семинара начался с обсуждения результатов тестирования, были подробно рассмотрены все вопросы, несмотря на то, что все участницы успешно справились с заданием. Это очень хороший результат, свидетельствующий о правильно составленной программе обучения и желании медицинских сестер расширить свой кругозор и закрепить имеющиеся знания.

Однако, только профессиональных знаний недостаточно в работе сестринского персонала онкологического профиля. Оказывая помощь пациентам, медицинские сестры часто забывают о собственном здоровье, что свою очередь, отражается на качестве оказания

сестринской помощи. В связи с этим в программу семинара была введена тема профессионального здоровья, без-опасной больничной среды и синдрома эмоционального выгорания, проведен сеанс мышечной релаксации и осознанной медитации. Медицинским сестрам необходимо уметь расслабляться, иначе их усталость и плохое настроение отразятся как на их собственном здоровье, так и на лечении пациентов, которые всегда ждут доброжелательного отношения и слов поддержки.

Вот и пролетели три дня семинара, как один. В дружной компании и за любимым делом время летит совсем незаметно. И опять, как в начале семинара, организаторы решили провести подведение итогов в неофициальной обстановке – был проведен круг закрытия – церемония, на которой каждый участник рассказывал, чему он научился и что собирается в дальнейшем с этим делать, таким образом, неосознанно нацеливая себя на достижение поставленных целей. Организаторы и преподаватели вручили сертификаты об участии и высказали слова благодарности и напутствия своим подопечным, ведь теперь именно от них зависит дальнейшая реализация проекта в Омской области. К концу третьего дня семинара участники уже стали дружной и сплоченной командой, имеющей хороший потенциал и новые знания в области ухода за пациентами онкологического профиля. В помощь они получили папки с материалами трехдневного семинара.

В течение трех месяцев участницы реализовывали второй этап проекта ОПСА: проводили обучение медицинских сестер, пациентов и их родственников технологиям, освоенным на семинаре. Всего обучено каскадным методом 632 медицинские сестры, 790 пациентов и их родственники.

Мы выражаем огромную благодарность Ассоциации медицинских сестер России за возможность участвовать в международном проекте, за предоставленные материалы, которые помогли в организации семинаров, а также за инициативу по внедрению современных сестринских технологий!

VI Съезд детских онкологов России

«ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ»



Фролова О.М.

Главная медсестра ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер»,
председатель секции РАМС
«Сестринское дело в онкологии»,

1–3 октября в г. Москва состоялся VI Съезд детских онкологов России «Достижения и перспективы детской онкологии», организованный Российским обществом детских онкологов (РОДО) с целью обсуждения ключевых вопросов и основных проблем современной детской онкологии. Мероприятие на три дня стало площадкой для дискуссии и обмена опытом между российскими и зарубежными экспертами, собрав воедино ведущих специалистов в области онкопедиатрии.

Выступавший с приветствием и докладом на съезде президент Российского общества детских онкологов, главный внештатный детский специалист-онколог Минздрава России, академик РАН Владимир Поляков привел такие данные: если 20 лет назад излечивалось от страшного заболевания всего 20 процентов, а 80% больных ребятшек погибали, то сейчас соотношение полностью поменялось. По статистике за 2015 год на 1–2 стадии онкологического заболевания в детстве излечивается около 80% пациентов, на 3–4 стадии – от 30 до 70%, положительная динамика обусловлена профессиональным прогрессом и взаимообменом опытом между коллегами со всей страны. По количеству больных, которых нашим медикам удалось вылечить от этого страшного недуга, мы уверенно приближаемся к мировым стан-

дартам. В развитых странах почти такие же показатели. Если бы еще не проблемы, которые свойственны всему здравоохранению страны, можно было бы развивать отрасль еще более активно. А проблем немало: это и недостаточное финансирование высокотратной отрасли и проблема импортозамещения среди фармпрепаратов для лечения в детской онкологии и развитие паллиативной онкологии в педиатрии. Отметил Владимир Георгиевич и тот факт, что в настоящее время ведется недостаточная работа по профессиональной подготовке детских онкологов, что не может не сказываться на показателях ранней диагностики онкозаболеваний у детей.

От себя хочу подчеркнуть, что и среди специалистов со средним медицинским образованием дополнительное образование по детской онкологии можно приобрести, обучаясь на циклах «сестринская помощь онкологическим больным», который больше рассчитан на помощь взрослому населению, либо в рамках получения специальности «сестринское дело в педиатрии», где так же вопросам онкологии отведено лишь несколько часов.

В рамках Съезда состоялось заседание Школы медицинских сестер, на которой рассматривались вопросы роли медицинских сестер в ранней диагностике злокачественных новообразований у детей, методы и приемы общения с заболевшими детьми и их родителями, а так же представлены способы снижения влияния стресса в работе медицинских сестер. Ассоциацией медицинских сестер России был представлен доклад о роли международного сотрудничества РАМС в практической деятельности специалистов по онкологии а так же проведен мастер-класс по приемам прогрессивной мышечной релаксации для снятия влияния стресса на организм.

Второй день Съезда был не менее насыщенным. Пленарные заседания проходили в 3 конференц-залах и каж-

дый участник смог участвовать в наиболее актуальных для него сессиях. Рассматривались вопросы диагностики и лечения детей с лимфомами, злокачественными заболеваниями головного мозга и организации онкопаллиативной помощи детям. Специалисты в области онкопедиатрии сошлись во мнении о необходимости ранней интеграции паллиативной службы в процесс лечения детей и поддержки их семей.

Сессия по онкопаллиативной помощи детям прошла под сопредседательством Анны Федермессер, Президента благотворительного Фонда помощи хосписа «Вера», директора БМЧУ «Детский Хоспис», члена Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере, члена Общественной палаты г. Москвы, Дарьи Невзоровой, к.м.н., главного врача ГКУЗ «Хоспис № 1 им. В.В. Миллионщиковой», главного внештатного специалиста по паллиативной помощи МЗ РФ, Елены Полевиченко, д.м.н., профессора кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения РФ.

Тренинг по этическому сопровождению онкопаллиативной помощи, прошедший в рамках сессии, не оставил равнодушным никого из участников. На примере продемонстрированных видеороликов присутствующие имели возможность оценить и обсудить некоторые аспекты общения с маленькими пациентами, такие как сообщение и разговор с ребенком о его заболевании, сообщение плохих новостей. Взаимодействие врача, родителей и ребенка в таких непростых ситуациях, позволили участникам отчасти «взглянуть на себя со стороны». Довольно сложно подчас ответить на вопросы о смерти неизлечимо больного ребенка, подобрать нужные слова и успокоить отчаявшихся родителей. Участники имели возможность поделиться опытом разрешения подобных сценариев, совместно оценив этичность действий

На примере отрывка из фильма «Ма-чеха» (США, 1998г.) был рассмотрен прием сообщения детям о заболевании матери, создание положительной памяти в виде рождественских подарков, что так же может использоваться в медицинской практике.

Не менее интересным для участников оказался и тренинг по расчету доз анальгетиков для детей под руководством Натальи Николаевны Савва (Московский центр паллиативной помощи детям Научно-практического центра медицинской помощи детям, Российская Федерация) и благотворительный фонд развития паллиативной помощи «Детский паллиатив», Москва, Российская Федерация. Российский нацио-

нальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова). Наталья Николаевна в своем докладе подчеркнула, что наркотические анальгетики безопасны, эффективны и не приводят к наркомании, если применяются строго по назначению для снятия болевого синдрома в соответствии с принципами паллиативной медицины и современными рекомендациями ВОЗ по их использованию, привела научно доказанные практики применения наркотических препаратов в детской онкологии, в частности, расчеты доз при ротации с одного наркотического анальгетика на другой через пересчет на пероральный морфин. Участники имели возможность осуществить пере-

счет дозы наркотического анальгетика самостоятельно в разных вариациях.

Третий день Съезда был посвящен вопросам дифференциальной диагностики и разбору сложных клинических случаев в практике онкопедиатра.

Врачи и медицинские сестры, что бы ни говорили о своих проблемах, настроены и дальше победно бороться со страшным заболеванием. Медики строят планы на будущее. Академик Алиев уверен, что будущее онкологии – в трансплантации. И не в пересадке живых органов, а замене больных органов на искусственные. Есть еще масса идей и направлений. Главное, чтобы наши специалисты имели поддержку. Ведь они работают на благо наших детей.

16 октября – Европейский день «Спаси жизнь!»

■ Мальцева Е.Ю.,

Участковая медицинская сестра детского поликлинического отделения ГБУЗ ТО «Областная больница № 23» (г. Ялуторовск)

В соответствии с приказом департамента здравоохранения Тюменской области совместно с ТРОО «Тюменская областная профессиональная сестринская ассоциация» с 16 по 22 октября 2015 г. в лечебных учреждениях региона были проведены обучающие тренинги по оказанию первой помощи.

Поскольку проведение подобных мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях в течение ряда лет стало уже необходимой и очень важной традицией, медицинские работники Тюменской области активно откликаются и охотно включаются в процесс.

Более 4800 медицинских работников приняли участие в мероприятии, приуроченном к Европейскому дню «Спаси жизнь!» – повышение информированности об остановке сердца. Всего в отчетный период было проведено 146 тренингов, 218 просмотров фильма по сердечно-лёгочной реанимации, продемонстрировано 113 презентаций.

Симуляционное обучение является одним из наиболее эффективных методов приобретения практических навыков по оказанию первой помощи. Занятия по СЛР проводятся не реже 2 раз в год, что способствует выработке устойчивого «поведенческого рефлекса» в случае клинической смерти пациента или пострадавшего.

Каждый из нас надеется, что этого делать ему не придётся, однако, если несчастье все же нагрянет, необходимо

очень быстро и четко оказать помощь, лишь при этих условиях есть шансы на победу смерти и возвращения человека к жизни. Нет надобности говорить о значении СЛР в практике оказания первой помощи, своевременное и правильное проведение СЛР позволит в части случаев спасти жизнь и вернуть пострадавших к нормальной жизнедеятельности. Овладение элементами экстренной диагностики терминальных состояний и техническими приёмами реанимации – важнейшая задача медицинской школы. От качества подготовки и количества обученных этим приёмам людей прямо зависит результативность реанимации.

Сердечно-лёгочная реанимация – неотложная медицинская процедура, направленная на восстановление жизнедеятельности организма и выведение его из состояния клинической смерти. Действия лица, осуществляющего реанимацию, должны следовать алгоритму:

- Будь осторожен!
- Проверь реакцию!
- Позови на помощь!
- Открой дыхательные пути!
- Проверь дыхание!
- Позвони 112!
- 30 компрессий

– 2 вдоха

Методы сердечно-лёгочной реанимации совершенствуются постоянно, поэтому все медицинские работники должны получать непрерывную информацию о новых взглядах и достижениях в этой области.

Медицинский работник, имеющий диплом об образовании, будь то врач или медицинская сестра, обязательно должен уметь, не теряя ни секунды, мобилизовать все свои знания и силы в предложенной жизнью ситуации.



ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ВАЖНУЮ РОЛЬ МЕДИЦИНКОЙ СЕСТРЫ



■ **Эллен Хупер Залис,**
MN

Быть учителем пациента – это как шить кому-нибудь костюм. Важно, чтобы костюм не стал слишком длинным или коротким, удобно сидел, позволял человеку чувствовать себя уверенно. И он не должен быть излишне сложным, иначе так и останется висеть в шкафу...

От медицинских сестер зависит многое – мы помогаем пациентам лучше себя чувствовать, достигая более высокого качества жизни, облегчаем их страдания. Обучение пациента и его близких – один из ответственных этапов работы на этом пути. Мы становимся учителями, поскольку обладаем специальными знаниями и техническими навыками, имеющими непосредственное отношение к облегчению состояния больного. Обучение мы можем проводить по разным вопросам – питанию, уходу за ранами, управлению симптомами или здоровому образу жизни.

Исторически обучение пациента определило роль медсестры как эксперта, и роль пациента как ученика. В этом обучении не предполагалось обратной связи – пациент не комментировал, насколько ему все ясно и понятно, и сможет ли он воспользоваться новой информацией. В процессе обучения медсестра и пациент не затрагивали возможные препятствия, с которыми пациент может столкнуться.

Обучая пациента, можно достичь успехов в разной степени. Иногда получается добиться заметных изменений симптоматики, излечения, изменения

образа жизни, а иногда – нет. В этой статье мы рассмотрим вопрос о том, каким образом медицинская сестра может усовершенствовать свои навыки по обучению пациента, чтобы добиваться более высоких результатов лечения.

Развитие навыков коммуникации, позволяющих уточнять уровень знаний пациента

Обучение пациента требует хороших навыков коммуникации. Отчасти ваш успех в обучении пациента зависит от того, способны ли объяснять информацию так, чтобы она была по-



нятна. Важно также, чтобы эта информация имела непосредственное отношение к пациенту и его проблемам. Еще до того, как вы начнете объяснять пациенту что-то новое, следует для начала выяснить, а что же ему об этом известно. В этом случае вы сможете скорректировать план обучения и в более полной мере отреагировать на потребности конкретного пациента.

С помощью открытых вопросов вы можете выяснить у пациента или ухаживающего за ним лица, что они знают о каком-то необходимом навыке, как они понимают его выполнение, или что может воспрепятствовать его выпол-

нению. Открытые вопросы часто начинаются со слов «что», «когда» и «как». Например, «Расскажите мне о вашей ране». Или, «Как вы меняли повязку раньше?». Когда пациент начнет рассказывать, вы поймете не только то, что ему уже известно, но также и то, что ему неизвестно или, возможно, неправильно им воспринято. Тогда вы сможете скорректировать имеющиеся у пациента знания.

Противоположностью открытым вопросам являются вопросы закрытые, на них мы обычно отвечаем словами «да» или «нет». Более детальной информации с такими вопросами не собрать. Например, «Вы понимаете, как сохранить стерильность повязки при перевязке?». Если пациент ответит вам «да» или «нет», вы, в действительности, ровным счетом ничего не будете знать о его истинном понимании процесса, вы узнаете только о его мнении. А пациент может ответить «да» по самым разным причинам – может быть он не хочет вас расстраивать! Поэтому использовать следует только открытые вопросы.

Чтобы наладить общение с пациентом, чтобы он правильно вам все изложил, старайтесь, задавая вопрос, использовать буквально те же самые слова, которыми изъясняется ваш пациент. Ниже мы приводим два диалога медсестры и пациента. Обратите внимание, что медсестра в каждом случае старается использовать именно те слова, которыми говорит пациент.

Пример 1: Использование открытых вопросов

Медсестра: «Расскажите мне о вашей ране»

Пациент: «Мне тяжело на нее смотреть. Выглядит она очень плохо. Мне сказали, что повязку надо менять каждый день. Но это так трудно»

Медсестра «Почему вам трудно менять повязку?»

Пациент: «Мне выдали много повязок, пластырей и мазей для ухода за раной. Все это просто не запомнить»

Медсестра: «Расскажите, что вам удалось запомнить?»

Пример 2: Использование открытых вопросов

Медсестра: «Расскажите мне, какую вы испытываете боль, как справляетесь»

Пациент: «Иногда мне совсем не больно, а иногда очень сильно болит. Я знаю, что должен делать упражнения и гулять, но боль мешает это выполнять»

Медсестра: «Когда вы испытываете самую сильную боль?»

Пациент: «Каждый раз при попытке сделать упражнения или выйти на прогулку. Боюсь, что могу повредить рану»

Медсестра: «Каким образом вы можете ее повредить?»

Обратите внимание, что взяв за основу слова пациента, медицинская сестра выясняла подробности ситуации. В первом случае она использовала слово «трудно», чтобы узнать, в чем именно состоят трудности. С помощью таких открытых вопросов медсестра смогла выяснить больше информации о тех трудностях, с которыми сталкивается тот пациент при смене повязки. В каждом из указанных примеров открытые вопросы помогли медсестре понять, чему именно следует научить пациента.

Итак, использование открытых вопросов помогает вам стать хорошим учителем. Их не обязательно использовать всегда и при любом разговоре с пациентом, но в определенных случаях их польза неоспорима, и к таким ситуациям относятся следующие:

Вы хотите узнать, что пациент знает или понимает;

Вы хотите узнать, что мешает пациенту следовать рекомендациям;

Вы хотите убедиться, что пациент знает, как воспользоваться рекомендациями.

Помощь пациенту или ухаживающему за ним лицу в приобретении новой информации

Для того, чтобы пациент или ухаживающий за ним человек лучше усвоил новую информацию, его надо соответствующим образом подготовить. Подготовку можно провести следующим образом: 1) Постарайтесь уменьшить тревожность пациента в связи с поступлением новой информации; 2)

Узнайте, что уже известно по этому вопросу пациенту или ухаживающему за ним человеку; 3) Взяв за основу эту информацию, сформируйте индивидуальный план обучения.

Снижение тревожности пациента, связанной с получением новой информации

Итак, вам необходимо, чтобы пациент не испытывал сильной тревоги. Помните, необходимость научить чему-то пациента или ухаживающего а ним человека нередко возникает в такой сложный для них момент, что уровень стресса уже достаточно высок. Возможно пациенту недавно поставлен тяжелый диагноз, или у него резко изменилось состояние здоровья, возможно появился новый симптом или недавно была сделана операция. Бolestь – это всегда стресс. Когда пациент или ухаживающий за ним человек находятся в состоянии стресса, учиться им особенно тяжело. И наоборот, если уровень стресса снижается, то обучение проходит более успешно, и знания хорошо усваиваются. Есть ряд приемов, которые помогут вам снизить уровень стресса у пациента и его близких:

Говорите спокойным тоном – это позволит снизить напряженность во время разговора, поможет пациенту успокоиться и лучше запомнить ваши слова;

Смотрите пациенту или его близкому в глаза. Во время обучения вы должны смотреть в глаза пациента, а не на экран монитора, или в какой-то документ. Прямой взгляд в глаза поможет сконцентрировать внимание пациента на ваших словах;

Ваш взгляд и взгляд пациента/ухаживающего за ним должны быть на одном уровне (вы не должны смотреть на него сверху вниз или наоборот). Если пациент сидит, вы тоже присядьте рядом, чтобы ваши глаза были на одном уровне. Это поможет захватить внимание пациента, он поймет, что ваши слова очень важны. Вам также будет легче наблюдать за состоянием пациента, вы сможете вовремя заметить, что пациент устал, ему неудобно, или он в замешательстве от новой информации. Если так произойдет, план обучения потребует изменить.

Уделите все свое внимание только пациенту и его близкому, не позволяя-

те себе отвлекаться от них. Выберите такое время для обучения, когда вы сможете уделить пациенту максимум внимания. Спланируйте все таким образом, чтобы вас не прервали. Предупредите коллег, отключите звук у телефона. Если вам придется отвлечься, обучение будет остановлено, в результате чего у пациента может усилиться тревожность.

Проявите уважение к пациенту и ухаживающему за ним. Уровень стресса у пациента можно снизить с помощью уважительного отношения. Пациент должен почувствовать, он очень важен для вас и что его обучение очень значимо.

Уточнение известной пациенту информации

Чтобы обучение максимально отвечало потребностям пациента, уточните, что ему уже известно, что он понимает правильно или неправильно, а что совсем не понимает. Если вы спросите у пациента, что ему известно об изучаемом вопросе, то решите сразу несколько задач. Помимо уровня понимания пациентом этого вопроса, вы узнаете о его беспокойствах.

Вот один из примеров обучения пациента по приему обезболивающих препаратов: «Расскажите мне о том, какую боль вы испытываете?», «Расскажите, как следует принимать обезболивающие препараты?». Задавая такие вопросы, вы вовлекаете пациента в обсуждение боли и обезболивающих лекарств, по ответам оцениваете, что пациенту известно, а что – нет. С помощью этой информации вы лучше справитесь с обучением пациента.

Очень важно с вниманием относиться к беспокойствам пациента, которые могут ему помешать усвоить новую информацию. Ваше внимание поможет пациенту успокоиться и лучше воспринять новые знания.

Создание индивидуального плана обучения пациента

Для обучения вам нужен план. Продумайте заранее, чему вы будете учить пациента, каким вопросам уделите внимание и будьте готовы изменить план в зависимости от разговора с пациентом, от того, что ему уже известно и понятно, а что – нет. Подумайте, на какие моменты (знания или навыки) вам

нужно будет обратить внимание при разговоре с пациентом, чтобы с максимальной пользой скорректировать план обучения.

Расскажите пациенту, чему вы будете его обучать, чтобы он был готов к восприятию новой информации.

Помощь пациенту в приобретении нового навыка

Иногда обучение пациента связано с освоением новых навыков, например проведение перевязки, постановка инъекции или выполнение упражнения. Вам как учителю важно, чтобы в результате обучения пациент или ухаживающий за ним человек мог самостоятельно справиться с этой задачей.

Даже если эта задача кажется вам элементарной, у пациента могут возникнуть трудности, непонимание, неправильное понимание действия. Поэтому, обучив пациента, следует обязательно проверить, хорошо ли он освоил новый навык. Чтобы помочь пациенту научиться новому навыку, воспользуйтесь следующими способами:

Разделите навык на несколько составляющих. Когда вы обучаете пациента новому практическому навыку, постарайтесь разделить его на части. Так пациенту будет проще научиться. Например, если вы учите пациента тому, как провести перевязку, выделите такие этапы:

1. Подготовка перевязочных материалов;
2. Удаление и утилизация старой повязки;
3. Обработка раны и наложение лечебного средства;
4. Наложение новой повязки и ее фиксация.

Попросите пациента продемонстрировать вам, как он будет выполнять этот навык. Дайте пациенту возможность попрактиковаться и показать, чему он научился, а вы наблюдайте. Так вы сможете увидеть, не требуется ли пациенту дополнительная практика, а пациент приобретет уверенность в последующем применении навыка. Ведь ему предстоит справляться самостоятельно, когда вас не будет рядом.

Уточните правильность понимания пациентом нового навыка с помощью открытых вопросов, например: «Расска-

жите, каким образом во время смены повязки сохранить новую повязку стерильной?», «Какие изменения в ране требуют обращения к врачу?», «Что вы сделаете со стерильной повязкой, если она упадет на пол?». С помощью таких вопросов вы сможете оценить, насколько успешно пациент усвоил новые знания и навыки и не нужно ли позаниматься с пациентом еще.

Проверьте, насколько уверенно пациент сможет пользоваться новым навыком. Уверенность пациента в выполнении нового действия очень важна. Если уверенность не сформирована, то высока вероятность, что пациент не будет выполнять новое действие. Поэтому, проверьте уверенность, задав такие вопросы: «Как у вас получилось сменить повязку?», «Что у вас хорошо получилось при смене повязки?», «Какие трудности возникли при смене повязки?».

Узнайте, что беспокоит пациента касательно нового навыка. Это позволит вам понять, какие дополнительные знания нужны пациенту, чтобы он все-таки освоил новое действие. Если потребуется, проведите повторное мини-обучение.

Помощь пациенту в реализации новых знаний и навыков

Чтобы убедиться, что пациент или ухаживающий за ним человек будет применять навык как положено, проговорите с ним, как именно он будет это делать. Так вы настроите пациента на успех. Предусмотрите следующее:

Попросите пациента изложить план выполнения нового навыка в его ежедневной жизни. Выполнение любой задачи требует, чтобы для нее было выделено определенное время в течение дня, например, такое время необходимо для смены повязки. В какой момент времени в течение дня у пациента будет достаточно времени и энергии, чтобы сменить повязку? В какое время пациент будет вставать и сможет сменить повязку? Это первый шаг к тому, чтобы он действительно ее менял.

Спросите пациента, как он убедится в том, что все делает правильно? Пациент должен уметь определять, правильно ли он выполняет какое-то действие. А как он об этом узнает? Конечно же, ему об этом могут сказать определенные признаки, например, облегчение боли, или заживление раны.

Спросите пациента, что может ему помешать от выполнения рекомендованного действия. Если пациенту предстоит ежедневно что-то делать, то важно заранее понять, что может ему помешать, может быть усталость, или домашние заботы?

Если что-то может помешать плану по выполнению действия, спросите пациента, каким может быть альтернативный план. Например, если пациент высказывает предположение, то усталость или домашние дела могут помешать перевязке в какое-то определенное время суток, попросите его подумать о другом времени, чтобы смена повязки проходила ежедневно.

Обучение пациента не завершено до тех пор, пока он не разработал план по выполнению нового навыка и не рассказал вам об этом плане, не подумал о возможных препятствиях и не решил, как их можно преодолеть.

Обучение пациента – важнейшая часть сестринской помощи. При его правильном проведении вы гарантируете получение пациентом помощи самого высокого качества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bodenheimer, T., Long, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 288, 2469–2475.
2. Lewis, F., Casey, S., Brandt, P., Shands, M., & Zahlis, E. (2006). The Enhancing Connections Program: Pilot study of a cognitive-behavioral intervention for mothers and children affected by breast cancer. *Psychology-Oncology*, 15, 486–497.
3. Lewis, F., Cochrane, B., Fletcher, K., Zahlis, E., Shands, M., Gralow, J., Wu, S., Schmitz, K. (2008). Helping Her Heal: A pilot study of an educational counseling intervention for spouses of women with breast cancer. *Psychology-Oncology*, 17: 131–137.
4. Lewis, F. & Zahlis, E. (1997). The nurse as coach: A conceptual framework for clinical practice. *Oncology Nursing Forum*, 24, 1695–1702.
5. Street Jr., R., Makoul, G., Arora, N., Epstein, R. (March 2009). How does communication heal? Pathways linking clinician patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74, 295–301.
6. Syx, R. (January/February 2008). The practice of patient education: The theoretical perspective. *Orthopaedic Nursing*, 27 (1), pg 50–54.

ПРИЗВАНИЕ

■ Манабаева Галия

*«Всякий человек
включает в себя целый мир»...*

2.

Ася Яковлевна, доктор филологических наук, профессор, много лет работавшая в МГУ, волею судьбы на старости лет сначала похоронила мужа, затем спустя два года и сына, который погиб в автокатастрофе, и оставшаяся одна на всем белом свете, после инсульта попала в этот интернат. К моменту прихода Алины, она прожила здесь долгих 10 лет своей жизни, в последний год которого потеряла зрение. Алина для нее была поистине находкой. Интеллигентная по натуре, с определенным интеллектом, молодая девушка обладала также, как и сама Ася Яковлевна, сложной психической организацией. Открытая по характеру, в то же время скромная в своих притязаниях, жизнерадостная, она казалась на первый взгляд смелой, но, тем не менее за короткий период общения с ней Ася Яковлевна поняла, разгадала в ней глубокую, тонкую, ранимую душу. Алина появлялась через каждые две ночи на дежурства. Приходя в смену, едва лишь успев переодеться, она бежала к Асе Яковлевне в палату, дабы застать ее еще не уснувшей, чтобы вдоволь пообщаться с ней, принять участие в жизни с каждым днем увядающей пожилой женщины. Это общение было обоюдно продуктивным – одна выдыхала молодость, активизируясь рассказами о молодой, насыщенной, студенческой жизни, а другая – духовно обогащалась, не переставая восхищаться знаниями, умениями, умом и мудростью пожилой женщины. Это общение тонко, незаметно отражалось на судьбах двух женщин. Незаметно для себя Алина приобщилась к великой поэзии, теперь она перед сном читала любимой своей подопечной Мандельштама, Баратынского, Омара Хайяма, биографии которых уже хорошо знала. А Ася Яковлевна открыла для себя современных поэтов, таких как Окуджава, кото-

рого Алина называла не иначе, как Булат Шалвович, кумира всей интеллигентной молодежи, Евтушенко, Ахмадулиной. Совместно они тихо напевали песни и Визбора. И секретничали они совсем не по-женски, шепотом обсуждали судьбу Солженицына.

– Алиночка, деточка, как же мне повезло на склоне лет – судьба щедро одарила меня тобой. Ты теплая, светлая, ласковая, в тебе столько добра! Спасибо, деточка, что ты есть! Ты вселяешь в людей надежду! Видя тебя всегда полную жизни, всегда улыбчивую, хочется жить. А это очень важно в моем возрасте. И, вообще, деточка, послушай меня, я много лет живу на этой земле, много видела, не мало знаю. Я знаю людей. Твое место там, где нужна помощь людям. Ты любишь людей, понимаешь, умеешь ладить. С тобой легко, комфортно, надежно. Подумай об этом, деточка. Пожилая мудрая женщина «смотрела в даль», в прямом и переносном смысле, высказываясь глобально,ставляя молодую Алину на путь истинный, а Алина, со свойственным молодости легкомыслием не воспринимала всерьез, столь глубоко слова своей собеседницы.

Привязанность двух женщин разных поколений была настолько велика, что Алине казалось это чем-то всеобъемлющим, бескрайним, бесконечным. И это казалось ей необычным.

– Почему так, – растерянно спрашивала она иногда у пожилой женщины, – почему мне иногда кажется, что ближе, роднее Вас у меня никого нет?

– Деточка, это ведь не так, – мягко и с глубокой любовью проникновенно объясняла ей пожилая женщина, – просто мы с тобой родственные души, с полуслова понимаем друг друга. Такое бывает очень не часто! Нам с тобой повезло. Посмотри кругом, сколько не сложившихся отношений, сколько человеческих непониманий, сколько судеб рушатся от того, что люди перестали друг друга слышать. А сколько детей вырастают моральными уродами!

– Что Вы имеете ввиду?



– Деточка, ты просто не знаешь, как тебе повезло с матерью, с семьей. Тебя с детства окружала любовь, поэтому ты выросла эмоционально полноценным человеком, способным на глубокие чувства.

– А, что, бывает иначе?

– Дети, которые растут в детских домах и сиротских приютах часто страдают различными эмоциональными проблемами, включая неспособность установить близкие и продолжительные отношения с окружающими. Такие дети неспособны любить потому, что на раннем этапе жизни упускают возможность крепко привязаться к матери. В качестве главного условия нормального психического развития ребенка выступают любовь ребенка к матери и матери к ребенку. Если это условие не соблюдается, то возникают патологические формы поведения. Более того, разлука с матерью в раннем возрасте приводит к таким расстройствам поведения в дальнейшем, как неспособность к установлению близких отношений, завышенные требования к другим людям. Вот так вот, деточка.

– Ужас какой! Бедные дети! – в ужасе тихо произнесла Алина, и горячие слезы обожгли ей щеки. Она быстренько смахнула слезы, подумав – как хорошо, что Ася Яковлевна не видит ее слабости, и сказала нарочито веселым голосом:

– Ну, что это мы о грустном?! Давайте лучше...

В отделении Алину любили. Заведующий отделением, пожилой мужчина Сергей Борисович не переставал выделять ее внимательность, хвалить ее и ставить всем в пример. В процессе работы не раз говорил молодой санитарочке, что ее место в медицине, и что ей стоит крепко об этом подумать. Медсестры ценили ее примерность и исполнительность. Санитарки ценили в ней готовность всегда прийти на помощь. Жизнерадостная, открытая в общении, излучающая всегда тепло, Алина старалась охватить своим вниманием всех подопечных в отделении. Пожилые жительницы отделения тянулись к ней и отвечали ей взаимным теплым отношением.

В интернате Алина проработала один год и пять месяцев.

Последняя неделя ей запомнилась навсегда. Однажды, приходя в смену, она застала свою подопечную в тяжелом состоянии. Ася Яковлевна лежала вытянувшись, мертвенно бледная. Лицо резко осунувшееся, казалось даже перекошенным. Не зрячие, но всегда живые, осмысленные глаза были закрыты и неподвижны. Она была без сознания, на искусственном внутривенном подкармливании.

– Она вчера ночью пережила очередную инсульт, – словно сквозь туман услышала голос врача Алина, – кровоизлияние обширное. Мне очень жаль, деточка...

Проконсультировавшись с врачом, Алина взяла на себя полный уход за любимой подопечной. Для предотвращения застойных явлений в легких и возникновения пневмонии каждые 2 часа, бережно обняв, словно перекладывала хрупкое стекло, поворачивала ее в постели. Во время проветривания палаты с нежностью укрывала ее одеялом, на голову надевала вязаную шапочку или платок. Памятуя советы врача, часто измеряла температуру и при ее повышении тут же бежала, сообщала врачу, в надежде, что это хороший признак. Для профилактики пролежней и опрелостей несколько раз в день протирала кожу камфорным спиртом. Начитавшись необходимой литературы, устраивала «банные дни», обмывала все тело смесью из теплой воды и шампуня.

Ухаживая за ней, Алина лелеяла мечту, что Асе Яковлевне станет лучше, она придет в сознание, и придумывала, как она будет ее сажать на несколько минут (3–5 раз в день) в постели, подложив под спину подушки, начнет прово-

дить занятия дыхательной гимнастики. Наивно по-детски представляя надувание резиновых шаров, детских резиновых игрушек, предвкушая это веселое совместное занятие с дорогим сердцу человеком.

И все время, весь свой уход сопровождала разговорами вслух, истинно веря, что Ася Яковлевна слышит ее и все понимает. И придет время, когда наступит прежняя идиллия, они вновь будут общаться полноценно.

В последний день перед сессией, когда она вынуждена была ехать, сдавать экзамены, Алина под села к ее кровати, без суеты, без лишних эмоций, словно чувствовала, что больше не увидит ее и горько произнесла:

– Мне так много надо тебе сказать!.. Я влюбилась, у меня жених... Ну, почему именно сейчас? Ты мне так нужна!.. Я всегда буду тебя помнить! Спасибо, что ты была в моей жизни!.. Ты мне многое дала!... – речь была прерывистой, ком в горле душил, слезы лились, обжигая щеки...

После сессии Алина не вернулась на работу. Ася Яковлевна умерла, как только Алина вышла из палаты, как оказалось навсегда...

Продолжение следует...



ДЕНЬ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА

заслужил безмерную любовь и уважение.

2 октября в конференц-зале Волховской межрайонной больницы прошёл праздник для ветеранов Волховского здравоохранения, приуроченный к Дню пожилого человека.

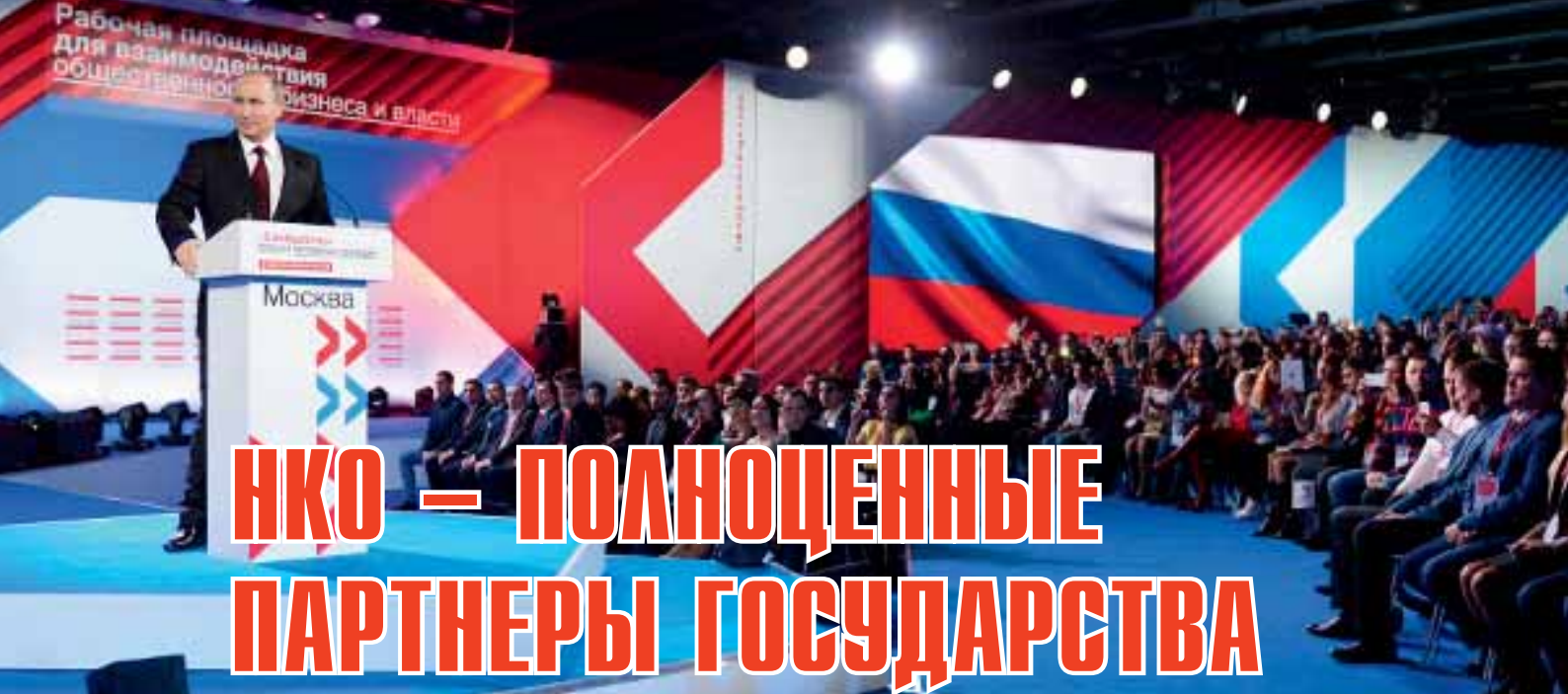
Так получилось, что день празднования совпал с Днём улыбок. Организаторы праздника, а это исключительно средний медицинский персонал больницы, постарались, чтобы пожилые люди на протяжении всего торжества улыбались, улыбались и улыбались.

Официальные поздравления от заместителя главного врача по лечебной работе Макаровой Р.А., заместителя главного врача Пузырёвой Т.В., главной медицинской сестры Тихомировой В.В.,

председателя совета ветеранов больницы Басистой Т.А., старшей медицинской сестры гинекологического отделения Ивлицкой Р.П. переплетались с концертными номерами и тёплыми словами ведущей в адрес ветеранов. Участники народного ансамбля «Радуга» порадовали танцами, и позволили гостям окунуться в давно ушедшую юность. Начинаящая певица Дарья растрогала своей детской непосредственностью. Ну а полюбившийся всем Сергей Забродин просто зажгёт аудиторию: ветераны пели, аплодировали от души, не отпускали певца и очень сокрушались, что не было места потанцевать.

Все мы рано или поздно уйдём на заслуженный отдых и так важно чувствовать себя нужным, что бы о тебе не забывали. И это зависит только от нас, тех кто полон сил и энергии. Об этом надо всегда помнить!

Ежегодно, в золотую осеннюю пору, мы чествуем тех, кто всегда рядом, кто готов разделить с нами радость и помочь нам в трудную минуту, кто может понять и простить. И, наверное, из любви и признательности к бабушкам и дедушкам в 1990 году Международная Ассамблея ООН приняла решение: учредить 1 октября Международным Днём пожилого человека, Днём добра и уважения. Вся молодежь, дети, внуки и правнуки шлют в этот день свои поздравления, стихи и открытки тем, кто



НКО – ПОЛНОЦЕННЫЕ ПАРТНЕРЫ ГОСУДАРСТВА

На итоговом Форуме активных граждан «Сообщество», который проходил 3–4 ноября 2015 г. в Москве в Международном выставочном центре «Крокус Экспо», организованном общественной палатой РФ, собрались три с половиной тысячи представителей общественных организаций, волонтерских и молодежных движений из разных регионов России. В число делегатов Форума вошли и представители Общероссийской общественной организации «Ассоциация медицинских сестер России» – Савинцева Елена Ивановна, исполнительный директор РАМС и Глазкова Татьяна Васильевна, член Правления, президент региональной общественной организации Ленинградской области «Профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела».

Мероприятие впечатлило своей масштабностью, географией и широким представительством самых разнообразных направлений и сфер деятельности общественных объединений страны. Сегодня в Российской Федерации зарегистрировано 227 000 некоммерческих негосударственных организаций. Так называемый «третий сектор» принимает активное участие в решении различных проблем российского общества, как политических, так и остросоциальных.

Форум активных граждан «Сообщество» – это открытая площадка для взаимодействия между обществом, бизнесом и властью. Участие в работе Форума приняли ведущие эксперты федерального и регионального уровня по общественному контролю, взаимодействию «третьего сектора» с бизнесом и государством, привлечению ре-

сурсов, добровольчеству, благотворительности и многим другим темам.

Обсуждение этих вопросов велось в рамках работы различных площадок, например: «Законодательное регулирование третьего сектора», секция была посвящена обсуждению проблем и поиску решений по изменению законодательства об НКО с целью повышения эффективности деятельности НКО и гражданских активистов.

В секции «Инфраструктура поддержки „третьего сектора“» экспертное сообщество попыталось найти ответы на вопросы о возможностях системного развития «третьего сектора» и мерах поддержки со стороны государства.

Секция «Форматы партнерства государство – третий сектор», включила обсуждение кейсов партнерства НКО, гражданских активистов и государства на муниципальном, региональном и федеральном уровнях.

В секции «Роль НКО и добровольческих объединений в сфере здравоохранения» участники обсудили вовлечение студентов-медиков в волонтерскую деятельность.

Выступающие отмечали, что опыт, который начинающие медики получают благодаря добровольчеству, крайне востребован в будущем профессиональном становлении. Отрадно видеть, что молодые люди с большим интересом участвуют в добровольческом движении, направленном на помощь персоналу больниц, профориентацию школьников, санитарно-профилактическое просвещение населения и реализацию образовательных программ. Сегодня уже становится очевидным, что идеи добровольческого

движения должны развиваться во всех регионах страны.

В ходе работы дискуссионной площадки «Финансирование гражданских инициатив» велось обсуждение вопросов участия НКО в оказании социальных услуг населению. Здесь же поднимались самые острые и ещё недостаточно проработанные вопросы участия общественных организаций в конкурсных процедурах по получению государственных грантов и субсидий на реализацию своих проектов.

Кульминацией работы форума явилось приветствие его участников Президентом РФ Владимиром Владимировичем Путиным. Президент России особенно подчеркнул, что государство поддерживает НКО, которые должны стать полноценными партнерами государства в социальной сфере. Более того, Владимир Путин предложил выделить в отдельную группу организации, которые решают социальные проблемы и при этом имеют безупречную репутацию. Таким объединениям могут открыть доступ к бюджетным ресурсам. В течение 2016 года планируется существенная государственная финансовая поддержка социально ориентированных негосударственных некоммерческих объединений.

Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России» считает целесообразным принять активное участие в соискательстве на получение президентских грантов. Сегодня уже многим нашим региональным ассоциациям под силу включиться в конкурсную борьбу за получение государственного финансирования своих проектов.

Анестезиология и реаниматология.

Новые тенденции в повседневной практике

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ДЕТЬМИ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ



■ **Блинкова Ирина Александровна**
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический кардиологический диспансер»



■ **Иноземцева Светлана Владимировна**
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический кардиологический диспансер»



Операционная травма и наркоз вызывают в организме больного ребенка существенные изменения, что дает основание ввести термин «**послеоперационная болезнь**». При этом отмечаются нарушения функции центральной нервной системы, дыхания и кровообращения, желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы, а также серьезные сдвиги в системе энергообеспечения и метаболизма. Поэтому, целенаправленная коррекция и превентивная терапия в до- и раннем послеоперационном периоде обеспечивает скорейшее выздоровление и способствует улучшению общего состояния больных. Ос-

новными задачами в раннем послеоперационном периоде являются:

1. Предупреждение и лечение болевого синдрома
2. Нормализация кислотно-основного состояния и водно-электролитного баланса
3. Терапия, направленная на улучшение дыхательной функции
4. Восполнение энергетических потребностей

Болевой синдром – один из негативных факторов, вызывающий не только тяжелые страдания больного, но и в значительной степени являющийся пусковым механизмом возникновения других патологических синдромов (болевая гиповентиляция, стрессовая реакция кровообращения, выброс катехоламинов и т. д.). Острая боль всегда присутствует после любой операции, причиняя пациенту физический психоэмоциональный дискомфорт, вызывая нарушения дыхания при эффекте «шинирования» (уменьшение участия мышечного аппарата, диафрагмы в акте дыхания, затруднение глубокого вдоха

и кашля, что приводит к развитию микроателектазов и пневмонии). Наиболее выраженный болевой синдром наблюдается после операций на органах грудной клетки, брюшной полости, а также при обширных ортопедических операциях. Долгое время проблемы, связанные с болью у малышей, игнорировались, и существовало мнение, что младенец чувствует и воспринимает боль не так интенсивно, как взрослый, поэтому нужного внимания обезболиванию у этой группы пациентов не уделяли. Многие годы педиатрические пациенты лечились без четкого понимания того, какой тип лечения подходит для их возраста, а какой нет. Результаты многочисленных исследований и накопленный клинический опыт показали, что дети – это не маленькие взрослые и нельзя подходить со стандартами для взрослых к лечению и ведению педиатрических пациентов. Ведение и выхаживание кардиохирургических больных – сложный и очень ответственный процесс, поэтому медицинский персонал должен обладать соответ-

ствующими навыками, квалификацией и профессионализмом, умением работать в команде. Важную роль в выживаемости детей после операций на сердце играет согласованность в работе и профессионализм сотрудников реанимационного отделения. Большая ответственность по уходу и наблюдению за детьми ложится именно на сестринский персонал.

Учитывая необходимость специализированной помощи детям с пороками сердца в Самаре и Самарской области, в 2004 году на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарский областной клинический кардиологический диспансер» открыт Центр детской кардиохирургии и кардиоревматологии с отделением реанимации и интенсивной терапии. Спектр кардиохирургических вмешательств нашего Центра достаточно широк – оперируются дети практически с любыми пороками сердца. Хирурги и реаниматологи Самарского кардиодиспансера прошли подготовку в лучших кардиохирургических центрах России (Москва, Санкт-Петербург) и Америки (Сан-Франциско). С 2005 года Центр тесно сотрудничает с американским фондом «От сердца к сердцу». Благодаря обмену опытом с американскими коллегами, в детском отделении реанимации и интенсивной терапии разработаны и введены в действие определенные схемы и протоколы ведения больных для улучшения качества работы медицинских сестер.

С целью повышения уровня профессиональных знаний среднего медицинского персонала и улучшения качества сестринского ухода, в 2012 году было принято решение о проведении исследования «Особенности сестринского



ухода за больными детьми после кардиохирургических вмешательств» на базе **детского отделения реанимации и интенсивной терапии и учебно-методического кабинета кардиологического диспансера**. Распоряжение о начале исследования было согласовано с Этическим комитетом Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарский областной клинический кардиологический диспансер».

Цели исследования:

Повышение уровня профессиональных знаний среднего медицинского персонала и качества сестринского ухода за больными детьми после кардиохирургических вмешательств.

Обмен опытом профессиональной деятельности сестринского персонала по созданию условий безопасности для пациентов с сердечно-сосудистой патологией и повышению качества их жизни.

Задачи исследования:

Изучить медицинскую литературу по уходу за больными детьми в послеоперационный период.

Изучить медицинскую литературу по адекватному обезболиванию новорожденных и детей первого года жизни.

Провести анализ уровня профессиональных знаний сестринского пер-

сонала по оказанию сестринской помощи пациентам детского отделения реанимации и интенсивной терапии.

Показать необходимость сестринской диагностики и профилактики боли при проведении болезненных медицинских процедур у наших самых маленьких пациентов.

Разработать методическое пособие по сестринскому уходу за больными детьми после кардиохирургических вмешательств.

Период исследования:

1-й этап – с 01.03.2012 по 01.01.2013 года «Особенности сестринского ухода за больными детьми после кардиохирургических вмешательств: сестринская диагностика боли и немедикаментозное обезболивание новорожденных и детей первого года жизни»

2-й этап – 01.06.2013 по 01.06.2014 года «Особенности сестринского ухода за больными детьми после кардиохирургических вмешательств: алгоритмы ведения послеоперационных детей»

3-й этап – 01.02.2015 по 01.08.2015 года «Особенности сестринского ухода за больными детьми после кардиохирургических вмешательств: разработка методического пособия для сестринского персонала»

Результатом первого этапа исследования стала разработка протокола оценки интенсивности боли у новорожденных и детей первого года жизни.





Протокол был внедрен в работу и в настоящее время успешно применяется для сестринской диагностики боли в детском отделении реанимации и в палате интенсивной терапии новорожденных. На втором и третьем этапах проведения исследования (2013–2015 годы) на базе учебно-методического кабинета кардиодиспансера было разработано методическое пособие для сестринского персонала по уходу за детьми в послеоперационном периоде. Основной частью данного пособия стал алгоритм ведения пациентов детской реанимации до- и после кардиохирургического вмешательства, а также памятка по адекватному обезболиванию наших маленьких пациентов. В учебно-методическом кабинете Самарского кардиодиспансера работает система обучения сестринского персонала на рабочих местах, которая дает свои положительные результаты. В исследовании проанализирована связь между системой непрерывного образования и качеством оказываемой помощи со стороны среднего медицинского персонала. Выявлены и систематизированы личностные особенности и компетенции (общие и профессиональные), необходимые для успешной работы специалистов сестринского дела.

Сравнительная характеристика полученных во время исследования данных:

1. Каждый оперированный ребенок переносит в среднем 97 ± 50 болезненных манипуляций за время лечения в стационаре СОККД, их количество и частота применения обезбоживания зависит от возраста малыша и характера хирургического вмешательства.

2. Болевые процедуры существенно изменяют состояние ребенка, нарушают функцию жизненно-важных органов и систем. Мнение медицинского персонала определило шкалу Wong-Baker и протокол оценки интенсивности боли как приемлемый инструмент в оценке интенсивности боли у младенцев (особенно у новорожденных).

3. Применение пустышки и 40% раствора глюкозы (0,1 мл/кг веса младенца) через соску до и во время «малых» инвазивных процедур эффективно (в 2–3 раза по шкале оценки боли Wong-Baker и показателям протокола оценки интенсивности боли) снижают стрессовую реакцию. Так же при использовании нефармакологических методов обезбоживания дети быстрее возвращаются к исходному состоянию, по сравнению с малышами у которых процедуры проводились без анальгезии.

4. Оценивать боль в режиме мониторинга необходимо при проведении любых потенциально болезненных манипуляций (укол пальца, пункция периферической или центральной вены, интубация трахеи, внутримышечные инъекции, санация трахеи, перевязка раны,

снятие послеоперационных швов, катетеризация мочевого пузыря), в процессе и предоперационной подготовки, и в послеоперационном периоде.

5. При использовании различных видов обезбоживания у младенцев необходимо использовать индивидуальный подход, непрерывность и адекватность: минимум побочных эффектов, контроль боли, максимальное облегчение боли.

Для контроля качества работы сотрудников диспансера на базе учебно-методического кабинета разработаны и успешно применяются на практике критерии оценки качества работы сестринского и младшего медицинского персонала. Данные критерии позволяют руководителям структурного подразделения (отделения) адекватно оценивать работу каждой медицинской сестры индивидуально. Во время проведения административных и целенаправленных обходов по отделениям кардиодиспансера выявляются замечания в работе среднего медицинского персонала. Все замечания фиксируются в журнале учета дефектуры отделения. Замечания разбираются с каждым сотрудником индивидуально и, если есть необходимость, проводится дополнительное занятие. Это дает возможность своевременно предотвратить подобные просчеты в работе медицинских сестер других отделений. За период с 2012 г. по 2014 г. количество ошибок в работе среднего медицинского персонала по некоторым позициям изменилось:

- Нарушений по приему и сдаче дежурства стало меньше (14–9), что связано с повышением ответственности сестринского персонала.
- Существенное увеличилось число нарушений сан-эпидрежима с 7 выявленных случаев в 2012 году до 18 в 2014 году. Большинство данных нарушений было выявлено в результате дополнительных целенаправленных проверок, административных и вечерних обходов. Неприятно осознавать тот факт, что нарушения чаще всего допускаются со стороны опытных медсестер, с большим стажем работы в отделении.

- За отчетный год зафиксировано большее число нарушений трудовой дисциплины (2–8). Как правило, все они связаны с опозданиями на работу.
- Количество нарушений правил медицинской этики и деонтологии уменьшилось с 10 до 4. Все выявленные факты несоблюдения медицинской этики и деонтологии были разобраны на Совете медицинских сестер.
- Выявлены факты нарушений по оформлению медицинской документации, направлений и результатов анализов (6–3). Практически все они связаны с невнимательностью медсестер: перепутаны результаты анализов или обследований однофамильцев и т. д.
- Стало меньше ошибок при ведении документации по учету, хранению и использованию наркотических средств и психотропных веществ (5–1).

На основании полученных данных сделаны следующие выводы:

1. Медицинский персонал оказывает необходимую психологическую поддержку и внимание детям, находящимся на лечении в кардиодиспансере и их родителям (98,2%).
2. Назначения врачей выполняются практически в полном объеме (99,8%).
3. Медицинские сестры детских отделений обладают необходимыми положительными качествами для работы с маленькими пациентами (97,3%).
4. Получен большой процент положительных отзывов при использовании нефармакологических методов обезболивания во время проведения медицинских манипуляций (92,3%).
5. При анализе протоколов проведения занятий и зачетов с сестринским персоналом была выявлена положительная динамика: своевременная посещаемость занятий в методическом кабинете выросла с 78% до 82%, уровень общей успеваемости улучшился на 0,3 балла и составляет на 01.01.2015 года – 4,3 балла.
6. Согласно отчетам по дефектуре нарушения в работе сестринского персонала выявляются регулярно. Но по многим пунктам уменьшилось их количество.

7. Увеличение среднего балла успеваемости сестринского персонала на 0,3 дало уменьшение количества дефектуры в 1,8 раза.

Заключение

В ходе реализации исследования «Особенности сестринского ухода за больными детьми после кардиохирургических вмешательств» были получены ценные методические разработки. В частности, обращает на себя внимание внедренный в практику протокол оценки интенсивности боли у детей первого года жизни и протокол ведения ребенка после кардиохирургического вмешательства, а также серьезный подход к оценке качества работы сестринского персонала – проведение регулярного опроса родителей при выписке их малышей из стационара. Большинство программ ведения кардиохирургических пациентов рассчитаны на профессиональный персонал, занимающийся этими пациентами, а также на их родственников, которые нуждаются в обучении и поощрении обеспечении возможности участвовать в послеоперационном уходе. Члены семьи, которые обучены послеоперационному уходу, могут способствовать успешному его осуществлению и облегчать перевод пациента из палаты интенсивной терапии в отделение, и, затем, домой. В совокупности, данные мероприятия, позволяют получать высокие результаты по выхаживанию детей с тяжелыми пороками сердца.

В настоящее время медицинской общественностью признается серьезность проблемы «послеоперационной болезни» у младенцев, которым пришлось перенести оперативное вмешательство. При этом подчеркивается право малыша получить эффективную и безопасную медицинскую помощь, в том числе и обезболивающую терапию. **Точная ориентация в состоянии оперированного пациента, возможна лишь при максимальной и разносторонней профессиональной подготовке сестринского персонала.** В перспективе, по плану реализации исследования «Особенности сестринского ухода за больными детьми после кардиохирургических вмешательств»,

ожидается значительное повышение эффективности выполнения медицинскими сестрами детской реанимации текущей работы и улучшение качества сестринского ухода за нашими пациентами. Данное исследование создает благоприятные условия для профессионального обучения и развития хороших практических навыков как у работающего персонала, так и у молодых специалистов, что, в свою очередь, способствует повышению престижа профессии медицинской сестры.

ЛИТЕРАТУРЫ

8. Барыкина Н.В., Зарянская В.Г. Сестринское дело в хирургии. – Ростов н/Д: Феникс, 2007 г. – 447 с.
9. Барыкина Н.В., Чернова О.В. Сестринское дело в хирургии: Практикум. – Ростов н/Д: Феникс, 2008 г. – 460 с.
10. Боль и обезболивание. Руководство по профессиональной подготовке для медсестер. / В помощь практикующей медицинской сестре, № 2, 2015 г.
11. Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь: Учебное пособие / Под ред. В.Д. Малышева. – М.: Медицина. – 2000. – 464 с.: ил. – Учеб. лит. Для слушателей системы последипломного образования. – ISBN 5-225-04560-X
12. Кузнецова В.М. Сестринское дело в хирургии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000 г. – 415 с.
13. Медсестра отделения интенсивной терапии, под редакцией В.Л. Кассиля и Х.Х.Хапия – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 352 с.
14. Неотложная медицинская помощь, под ред. Дж. Э. Тинтинalli, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д.м.н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к. м. н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. д.м.н. В.Т. Ивашкина, д.м.н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
15. Обуховец Т. П. Основы сестринского дела: Практикум. – Ростов н/Д: Феникс, 2006г. – 530 с.
16. Сестринское дело в хирургии: учеб. пособие. / под ред. М.Ф. Заривчацкого. – Ростов н/Д: Феникс, 2007г. – 640 с.
17. Справочник медицинской сестры по уходу. /под ред. Н.Р. Палеева. – Москва: ООО «Издательство «Новая волна», 2003.- 544 с.

Практические вопросы инфекционной безопасности при туберкулезе



Яминкуль И.В.

Главная медицинская сестра ГБУЗ ТО
«Областная больница № 14 им.
В.Н. Шанаурина»

Секция по фтизиатрии ТРОО ТОП-СА положила новый бонус в «копилку» своих добрых и полезных дел – 28 октября на базе Тюменского медицинского колледжа при активной поддержке ДЗ ТО был проведен обучающий семинар для медицинских сестер фтизиатрической службы «Практические вопросы инфекционной безопасности при туберкулезе».

Проблема борьбы с туберкулезом является одной из актуальнейших не только в России. ВОЗ поставила перед собой цель победить туберкулез в Европейском регионе к 2035 году. Работа предстоит огромная, но если человеческое сообщество объединится в этой борьбе – цели реальны и достижимы.

На мероприятие были приглашены представители большинства лечебно-профилактических учреждений Тюменской области. Зарегистрировалось 122 участника.

«Привлекая внимание населения к проблеме туберкулеза, мы снижаем риск заражения этой коварной болезнью», – открывая семинар сказала Р.М. Куликова, президент Тюменской ассоциации. Ведь раньше мы ничего не знали о белой ромашке. А последние 3–4 года эта акция стала очень популярна среди медиков лечебных учреждений. «Учеба в нашей жизни играет важную роль, – говорила Куликова Р.М., ведь на плановых усовершенствованиях мы получаем примерно 20% знаний, остальные 80% необходимо добирать самим: читать специальную



литературу, периодические издания, материалы интернета, не стесняться перенимать опыт у медсестер, проживающих на других территориях».

Неверов В.В., заместитель главного врача Тюменского областного противотуберкулезного диспансера поприветствовал собравшихся, и был очень рад увидеть полный зал медицинских сестёр.

В настоящее время крайне невежественно не уделять внимания такому коварному заболеванию, как туберкулез. Это заболевание человечество не может победить с глубокой древности, ведь корни его уходят еще во времена Фараонов... Вадим Владимирович рассказал слушателям семинара об эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Тюменской области, обратив внимание на самые неблагополучные районы. Ситуация остается напряженной и неоднозначной, с одной стороны, уровень смертности от ТБ снижается, с каждым годом меньше детей заболевает этим опасным недугом, с другой, растет число пациентов с МЛУ-ТБ, пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ и ТБ. «Заболеть туберкулезом не позорно. Позорно не лечиться и подвергать угрозе здоровье окружающих!», подчеркнул В.В. Неверов.

О роли раннего выявления ТБ участникам семинара рассказала старший рентгенолаборант ГБУЗ ТО «ОПТД» О.А. Абайдулина, затронув вопросы ор-

ганизации раннего выявления в ОЛС, правилах дообследования, поделилась сведениями о выявляемости туберкулеза, онкопатологии, прочих заболеваний при проведении лучевых методов исследования. Лучевой метод остается ведущим в раннем выявлении туберкулеза и другой легочной патологии. Необходимо системный анализ и контроль флюорографических осмотров по контингентам и группам риска.

О роли медицинской сестры в работе очагов ТБ рассказала медицинская сестра Ишимского филиала Н.Е.Исмаканова: это и первичное обследование очага и контактных лиц с момента выявления больного, изоляция и лечение больного, контроль текущей дезинфекции в очаге, обучение больных и контактных гигиеническим навыкам и др. Ответственность медицинской сестры велика, ведь она обучает соблюдению правил личной гигиены, разъясняет, как правильно мыть руки, чаще менять носовые платки, объясняет, как выделяются микобактерии при чихании и кашле, выдает больному карманные плевательницы, объясняет важность отдельного комплекта посуды для больного, индивидуально-го ящика для хранения вещей и одежды, правильность проведения текущей дезинфекции. Правильная организация работы медицинской сестры может снизить опасность заражения!

Медицинская сестра Лебедёвского филиала ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» А.В.Горбунова представила подробный алгоритм действий медицинской сестры по сбору образца мокроты: как нужно грамотно объяснить больному гигиенические требования перед сбором мокроты, как правильно осуществить непосредственно саму процедуру, какой объем мокроты необходим, чтобы провести анализ и т. д. Демонстрация учебного фильма «Организация сбора мокроты», созданного при участии медицинских сестер специализированной секции по фтизиатрии ТРОО ТОПСА, позволила собравшимся на деле закрепить полученные знания, а в дальнейшем всех участникам семинара использовать этот фильм для демонстрации в ЛПО на рабочих местах.

Актуальными для медицинских сестер противотуберкулезной службы являются вопросы инфекционного контроля и безопасности, организации профилактических осмотров и скринингов, постановки пробы Манту и Диаскинтеста. Все это также стало предметом обсуждения на семинаре.

Эффективная работа возможна только в сплоченном и дружном коллективе. О.С. Забарко предложила к обсуждению сложную тему буллинга – враждебности и агрессивного поведения, проявлениям которого медицинские сестры должны противостоять.

Прошел и практический тренинг – Р.М. Куликова обратила внимание участников на проблемы ВБИ, на то, что пациенты продолжают страдать от инфекций, приобретенных в ходе лечения, и подробно изложила этапы обработки рук, засекая время на секундомере.

Отчет о работе специализированной секции по фтизиатрии представила председатель, главная медицинская сестра ГБУЗ ТО «ОПТД» Е.В.Тарасова. Секция по фтизиатрии прекрасно зарекомендовала себя на российском уровне. А сколько мероприятий ими проведено с 2012 года, сколько достижений на их счету! Это и проведение круглых столов, и получение мини-гранта РАМС размером 50 тыс. руб. и участие в многочисленных мероприятиях, симпозиумах РАМС на II и III Конгрессах национальной ассоциации фтизиатров, где медсестры представляют серьезные доклады, и участвуют в постерных сессиях. А чего стоит профилактическая работа: флеш-мобы, конкурсы санбюллетеней, поделок и слайд-шоу по профилактике туберкулеза! А разве мало сил потребовалось при создании 2 фильмов: о тактике персонала при легочном кровотечении и сборе мокроты! Есть и свои трудности в работе: неактивное использование членами информационных ресурсов, отсутствие личной электронной почты, недостаток времени и низкая укомплектованность средним персоналом...

При подведении итогов свой отчет Елена Витальевна закончила на оптимистичной нотке: «Как много дел считались невозможными, пока они не были осуществлены!» Все планы исполнимы, стоит только очень захотеть! Для многих ораторов, принявших участие в подготовке докладов, это был первый серьезный опыт. Несмотря на волнение, они замечательно справились с поставленными задачами.



СЧА НОВ

Новый 2016 год по восточному календарю – год Огненной Красной Обезьяны. Это девятый знак восточного гороскопа. По европейскому Зодиаку управитель 2016 года Обезьяна ближе всего к солнечному знаку Лев. Это значит: если веселье – то широкое и до утра, если ужин – то богатый и изысканный.

Какая же она – Обезьяна?

Обезьяна – умная, непоседливая, любопытная, довольно эксцентричная, любит эпатировать и быть в центре внимания, а также играть на публику. Но её еще с Древних времен считали символом проницательности, мудрости, бережливости и необыкновенной расчётливости.

Новогодний стол

Любой праздник, а особенно новогодний, у нас не обходится без оранжевых мандарин, салата "оливье", ну и, конечно, вкусного искристого шампанского. Но имейте ввиду, чтобы весь последующий год удачно для вас сложился, нужно «задобрить» хозяина года, преподнести ему в новогоднюю ночь любимые лакомства.

Так как обезьяны любят красивую жизнь и вкусную натуральную пищу, то накрывать и сервировать новогодний стол надо творчески и необычно, а приготовленные блюда должны отличаться удивительной формой и своеобразным вкусом. Красиво сервированный стол и приготовленные с любовью разнообразные блюда – вот символ счастья и удачи на весь грядущий год.

Что приготовить

Обезьяна любит все натуральное, поэтому изюминкой вашего стола должно стать большое количество нежирных и нежных закусок и салатов из свежих продуктов, украшенных зеленью. Праздничное меню может быть самым разнообразным – это мясо, яйца фаршированные или рыба. Так как наша обезьянка любительница эффектно украшенного вкусного десерта (известная сладкожека), не лишними на столе будут фрукты (особенно бананы), овощи и выпечка, ведь замечательно, если в комнате будет пахнуть свежее испеченным хлебом и сдобой. Позаботьтесь о нали-

Праздничного Нового года! 2016

чии качественного вина на столах. А вот с крепкими алкогольными напитками усердствовать не стоит – обезьяна не любит пьяных.

Новогодняя елка – символ праздника. Так почему бы не создать это чудо на праздничном столе из овощей и фруктов? Ведь они являются неотъемлемой частью любого торжества, а преподнеся их по-новому, вы сможете приятно удивить своих близких и гостей. Для украшения новогоднего стола вам понадобятся: любимые овощи и фрукты; длинная тонкая палочка; яблоко. Для основания вашей елочки можете использовать половинку небольшого яблока. Благодаря этому ваш шедевр будет устойчив. Итак, надев половинку фрукта на шпажку, поставьте свою елочку на тарелку. Теперь нужно сделать веточки. Нарезьте огурцы, ломтики сыра и любые другие овощи продолговатой формой. Надевайте их на шпажку по кругу, чем выше вы будете подниматься, тем меньшего размера используйте дольки. Таким образом, у вас должна получиться импровизированная елочка. Не забудьте украсить макушку, для этого прекрасно подойдет кончик сладкого перца или огурца. Сделайте несколько вариантов этой закуски. Для детей прекрасно подойдет фруктовая елочка, для вечеринки – овощная, с добавлением сыров и колбас, используйте свое воображение и кулинарные навыки. Сочетайте овощи и фрукты, не бойтесь экспериментировать, ведь это шанс проявить свои творческие способности. Для детского фруктового десерта вы можете использовать зубочистки; морковь; яблоко; любые ягоды и фрукты. Срежьте небольшую часть яблока и установите ее на тарелке. Как и в предыдущем случае оно будет являться основанием. Возьмите морковь и обрежьте ее так, чтобы по форме она напоминала конус. С помощью зубочисток закрепите мор-



ковь на яблоке. Теперь необходимо сделать веточки, из зубочисток. Это достаточно просто. Располагаться они должны по всему периметру ствола. Вот и все. Елочка готова. Осталось лишь надеть на веточки ягоды и фрукты. Не забывайте и о тарелке, на которой будет размещаться ваш шедевр. Красиво оформите ее зеленью или создайте снег, натерев на мелкой терке яичный белок. Для фруктовой композиции подойдут рассыпанные гранатовые зерна. Поверьте, такая подача фруктов и закуска будет смотреться очень эффектно на вашем праздничном столе.

Подбирая одежду для встречи Нового года, остановите ваш выбор на вечернем платье, длина которого будет вам удобна. Помните, что ваш образ должен быть блистательным! Второй подходящий вариант для встречи года Обезьяны – нарядный комбинезон, будто бы специально созданный для шаловливой интеллектуалки, готовой отплясывать ночь напролёт. Претензий к фасонам у покровительницы будущего года нет. Важно, чтобы крой вашего одеяния

был интересным, запоминающимся, и непременно учитывал особенности вашей фигуры.

Год Красной Огненной Обезьяны встречать обязательно нужно в натуральных тканях (бархат, органза, шёлк, атлас, кожа), красного, тёмно-розового или бордового цвета, но также возможны и другие (оранжевый, золотой, жёлтый, перламутровый, коралловый и рыжий). В одежде лучше всего предпочтение отдайте огненным («языкам пламени») или серебристым тонам, так как они все сочные, яркие и принесут неизменно счастье и удачу.

Астрологи утверждают, что новый 2016 год будет очень интересным и вполне успешным для всех знаков зодиака, кто любопытен, находчив, предприимчив, желающих работать и зарабатывать. Также год Красной Обезьяны благоприятен для заключения браков и рождения детей, ведь красный – это цвет любви. Обезьяна готова предоставить всем возможность изменить свою жизнь в лучшую сторону. Итак, дерзайте!

Подготовлено с использованием материалов сети Интернет

К ВОПРОСУ ОБ АТТЕСТАЦИИ

НЮАНСЫ ПРИСВОЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИОННЫХ КАТЕГОРИЙ ПРИ СМЕНЕ ДОЛЖНОСТЕЙ И СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

ВОПРОС: Здравствуйте, прошу Вас дать разъяснения по аттестации медицинских работников со средним медицинским образованием при переходе их на другую специальность. Приказ № 240н от 2013 года дает разъяснения по аттестации, работе аттестационной комиссии, подготовке документов и т. д., но не раскрывает отдельных нюансов. Как следует поступить с аттестацией, если фельдшер отделения СМП со стажем работы 15 лет по специальности и наличием высшей квалификационной категории по специальности «Лечебное дело» переведен на должность старшей медицинской сестры поликлиники (стаж работы 1 год)? В данный момент работник обучается на факультете ВСО, на курсах повышения квалификации по специальности «Организация сестринского дела». Имеет ли право данный работник подать документы в аттестационную комиссию на присвоение высшей квалификационной категории по специальности «Организация сестринского дела»? Будет ли засчитан стаж работы по специальности «Лечебное дело» в стаж работы по специальности «Организация сестринского дела»? Данный сотрудник в течение 5 лет исполнял обязанности старшего фельдшера отделения СМП, т. е. имеет навыки организации работы подразделения, заполнения медицинской и бухгалтерской документации, связанной с деятельностью старшей медицинской сестры.

В соответствии с п. 10 Порядка и сроков прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 апреля 2013 года N 240н (далее – Порядок), специалист, претендующий на получение высшей квалификационной категории, должен иметь, помимо прочего, стаж работы *по специальности (в должности)* не менее семи лет.

Согласно Номенклатуре специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2008 г. N 176н, специальности «Организация сестринского дела» и «Лечебное дело» – две разные специальности.

Согласно Номенклатуре должностей медицинских работников и фармацевтических работников, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1183н (далее – Номенклатура должностей), должности «старшая медицинская сестра (акушер, фельдшер, операционная медицинская сестра, зубной техник)» и «фельд-

шер» – две разные должности среднего медицинского персонала.

Таким образом, из анализа приведенных нормативных правовых актов следует, что для получения высшей квалификационной категории по специальности «Организация сестринского дела» необходимо иметь не менее семи лет стажа по указанной специальности (в должности). Зачет периодов работы по одной специальности (в должности) в стаж работы по другой специальности (в должности) Порядком не предусмотрен.

Из Вашего обращения следует, что работник до назначения на должность старшей медицинской сестры поликлиники, в течение 5 лет исполнял обязанности старшего фельдшера отделения скорой медицинской помощи. Согласно Номенклатуре должностей должности «старшая медицинская сестра» и «старший фельдшер» идентичны, и, соответственно, стаж работы в должности старшего фельдшера должен суммироваться со стажем работы в должности старшей медицинской сестры при условии, что исполнение обязанностей старшего фельдшера осуществлялось путем заключения трудового договора, в том числе о работе по совместительству.

Также обращаю Ваше внимание, что в соответствии с Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел

«Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (далее – ЕКС), утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. N 541н, для замещения должности старшей медицинской сестры определен следующий уровень требуемой профессиональной подготовки работника:

– среднее профессиональное образование (повышенный уровень) по специальности «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело» и сертификат специалиста по специальности «*Сестринское дело*», «*Общая практика*», «*Сестринское дело в педиатрии*» без предъявления требований к стажу работы.

Таким образом, согласно ЕКС для замещения должности старшей медицинской сестры наличие специальности «Организация сестринского дела» и (или) сертификата специалиста по этой специальности не требуется, и, соответственно, стаж работы в должности старшей медицинской сестры не является стажем работы по этой специальности.

Так, например, согласно ЕКС сертификат специалиста по специальности «Организация сестринского дела» требуется для замещения следующих должностей: директор больницы (дома) сестринского ухода, хосписа; заведующий молочной кухней; главная медицинская сестра (главная акушерка, главный фельдшер).

Дезактив-Гель

АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

Ежегодно Всемирная организация здравоохранения проводит глобальную кампанию «Спасайте человеческие жизни: соблюдайте чистоту рук».

ОПИСАНИЕ

Готовый к применению гель в виде прозрачной вязкой жидкости.

Антисептическое средство «ДЕЗАКТИВ-ГЕЛЬ» содержит в своем составе гиалуроновую кислоту, которая поддерживает естественный водный баланс кожных тканей, упругость и эластичность кожи, снижает проницаемость тканей, в результате обеспечивает красивую молодую кожу.

СОСТАВ

В качестве действующих веществ гель содержит изопропиловый и н-пропиловый спирт, а также функциональные добавки, в том числе смягчающие и увлажняющие компоненты для кожи рук, в том числе гиалуронат натрия (гиалуроновая кислота).

НАЗНАЧЕНИЕ

Гигиеническая обработка рук медицинского персонала, в том числе рук хирургов, в ЛПУ, ЛОПО, др. учреждениях народного хозяйства, быту.

Срок годности средства—3 года.



МИКРОБИОЛОГИЯ

Обладает антибактериальной активностью в отношении грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов, (включая *Mycobacterium terrae*), вирулицидной активностью (в отношении всех известных вирусов-патогенов человека); фунгицидной активностью в отношении грибов рода Кандида и дерматофитов. Средство обладает пролонгированным антимикробным действием в течение 5 часов.

ПРИМЕНЕНИЕ

Гигиеническая обработка рук: на сухие руки (без предварительного мытья водой и мылом) наносят не менее 3 мл средства и втирают его в кожу до высыхания, но не менее 30 секунд.

Обработка рук хирургов, операционных медицинских сестер, акушеров и других лиц, участвующих в проведении операций, приеме родов: перед применением средства кисти рук и предплечья в течение двух минут моют теплой проточной водой и туалетным мылом (твердым или жидким), а затем высушивают стерильной марлевой салфеткой. Затем на кисти рук наносят 5 мл средства и втирают его в кожу рук течение 2,5 мин, поддерживая руки во влажном состоянии в течение всего времени обработки. Общее время обработки составляет 5 мин.

Обработка кожи операционного поля, локтевых сгибов доноров. перед введением катетеров и пункцией суставов: кожу протирают двукратно стерильными марлевыми тампонами, обильно смоченными средством. Врем выдержки после окончания обработки—2 мин.

Обработка инъекционного поля: кожу протирают стерильным ватным тампоном, обильно смоченным средством. Врем выдержки после окончания обработки—30 с.



РОССИЙСКИЕ ИНСЕКТОКАРИЦИДНЫЕ СРЕДСТВА, РАЗРЕШЕННЫЕ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В ЛПО



Объекты обработки:



ТАРАКАНЫ
КЛЮПЫ
БЛОХИ
МУРАВЬИ
МУХИ
ЧЕСОТОЧНЫЕ КЛЕШИ
ВШИ
КЛЕЩИ КРЫСИНЫЕ
КОЖЕЕДЫ
ЧЕШУЙНИЦЫ
ОСЫ
ШЕРШНИ
МОШКА и др. компоненты гнуса
КОМАРЫ
КОМАРЫ-ЗВОНЦЫ
ПАУКИ КАРАКУРТЫ
КЛЕЩИ

Медилис-СУПЕР

24% ФЕНТИОН

Медилис-ПЕРМИФЕН

4% ПЕРМЕТРИН + 10% ФЕНТИОН

Медилис-МАЛАТИОН

40% МАЛАТИОН

Медилис-ЦИПЕР

26% ЦИПЕРМЕТРИН



УЗНАЙ БОЛЬШЕ НА
WWW.MEDILIS.RU

+7(495) 678-03-06 (многоканальный ф.)
+7(495) 318-16-65 +7(495) 318-17-19

ООО "Лаборатория МедиЛИС"