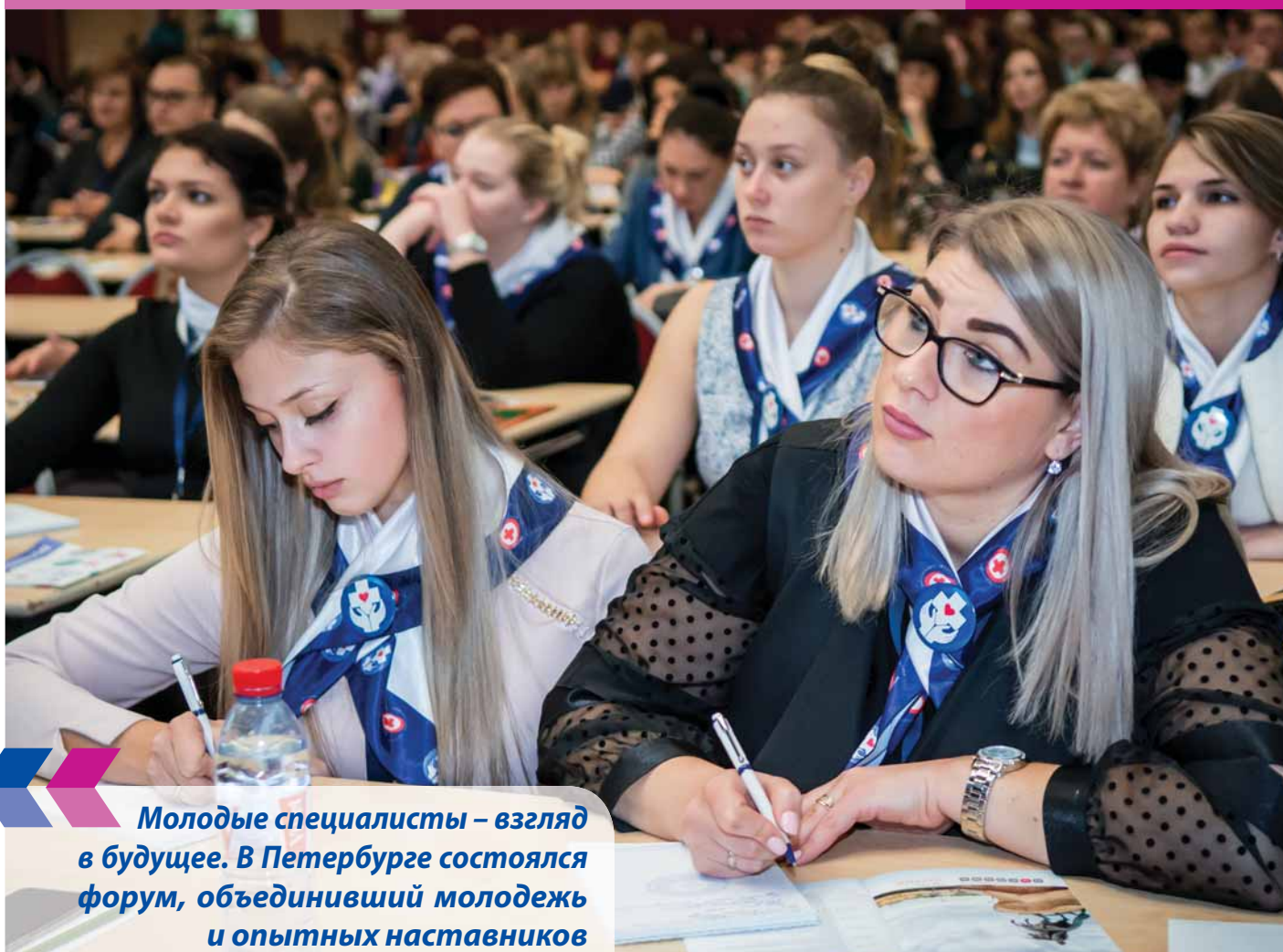


ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 5/39 2018



**Молодые специалисты – взгляд
в будущее. В Петербурге состоялся
форум, объединивший молодежь
и опытных наставников**



стр. 24

Как вступить в НМО?
Более 30 тысяч членов РАМС
приняли участие в аккредитованных мероприятиях



стр. 12

Жизнь на грани:
паллиативное сопровождение
пациентов с ВИЧ



стр. 20

Остановить ТБ:
международный опыт
совершенствования помощи
в пенитенциарной системе

Лизоформ - один из крупнейших в России поставщиков и производителей полного комплекса средств и оборудования по дезинфекции и гигиене для медицинских учреждений любого профиля.

www.lysoform.ru

» ДЕЗИНФЕКЦИЯ



ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ И
АНТИСЕПТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА



СТЕРИЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ
ГИГИЕНЫ РУК



СОВРЕМЕННЫЕ УПАКОВОЧНЫЕ
МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЦСО

» ОБОРУДОВАНИЕ



ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ГИГИЕНЫ
РУК В ЛПО



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
УБОРОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ



УТИЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ
ОТХОДОВ

» ЭНДСКОПИЯ



ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА
ДЛЯ ПСО И ДВУ



ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ПОЛНОГО
ЦИКЛА ОБРАБОТКИ ГИБКИХ
ЭНДСКОПОВ



АСЕПТИЧЕСКОЕ ХРАНЕНИЕ



“С 1 января 2019 года все специалисты войдут в систему непрерывного медицинского образования. К настоящему времени в активе Ассоциации медицинских сестер России более 100 аккредитованных образовательных мероприятий, участниками которых стали более 30 тысяч членов организации. Уверены, что благодаря такой подготовке члены РАМС войдут в систему НМО без лишнего стресса и волнений!”

Уважаемые коллеги и дорогие читатели «Вестника».

Почти подошел к концу замечательный, интересный, плодотворный год, успехи которого, я очень надеюсь, вдохновят всех нас на новые свершения. Чем же этот год особенно нам запомнился?

Пожалуй, заметным выходом вопросов сестринского дела на глобальную повестку дня. В мае прошло заседание Международного совета, где лидеры сестринских ассоциаций внесли свои предложения в глобальный отчет ВОЗ по противостоянию неинфекционным заболеваниям. Всего по прошествии нескольких месяцев на 68 заседании ЕРБ ВОЗ, роль специалиста сестринского дела в оказании помощи пациентам с хроническими заболеваниями уже была обозначена в целом ряде рабочих документов, отчетов и рекомендаций в адрес руководителей министерств здравоохранения 53 стран региона. Во время заседания Европейского бюро ВОЗ для главных специалистов, лидеров ассоциаций, руководителей сотрудничающих центров намечались последующие шаги. В одних странах региона сестринский персонал уже реализует большой объем полномочий, в других странах нет даже речи о самостоятельной практике, высшем образовании, специализированном законодательстве, определяющем роль и ответственность специалиста. Предстоящая работа будет посвящена гармонизации политики в области сестринского дела на европейском пространстве. Усилиям стран будут способствовать решения, принятые на глобальном уровне – в начале октября д-р Тедрос, генеральный директор ВОЗ, объявил о том, что 2020 год организация посвятит медицинским сестрам и акушеркам!

Мы с вами должны быть к этому готовы, добиться максимальных результатов и, опираясь на уже зарекомендовавшие себя примеры расширения

функцией сестринского персонала, открыть возможности для их реализации в масштабе всей страны. В предстоящий год мы продолжим сбор таких примеров и практик и будем рады открывать новые направления развития профессии медицинской сестры, фельдшера, акушерки.

Важно, что поиск таких направлений ведем не только мы, как ассоциация, но и сами специалисты. Уровень личной инициативы сегодня высок, как никогда ранее. В этом выпуске «Вестника» мы познакомим вас с опытом работы акушерок Санкт-Петербурга, которым удалось создать альтернативный вариант оказания помощи беременным, добиться непрерывности процесса оказания помощи. Получив отличные результаты, специалисты делятся своим опытом, чтобы сформировать предпосылки для создания аналогичных программ в других российских регионах. Активно работают и медицинские сестры. В Тюмени вот-вот будет дан старт второму «Всеобучу» – так наши коллеги назвали проект массовой профилактики хронических заболеваний. Первый проект был направлен на борьбу с гипертонией, теперь в центре внимания – рак молочной железы. Энергия, упорство, серьезная подготовка к реализации проекта при поддержке Фонда президентских грантов вселяют надежду, что тюменские сестры с поставленной задачей справятся на отлично!

В целом специалисты ставят все более сложные задачи. Как показали многочисленные мероприятия, организованные РАМС минувшей осенью, молодежь с готовностью включается в дискуссию по вопросам организации работы сестринских служб, в решение управленческих задач, опытные специалисты нацелены на отстаивание интересов пациентов. Так, наши коллеги из Астрахани не могут молчать о дефиците поддержки пациен-

тестры Кемеровской области готовы свернуть горы для ликвидации ТБ и МЛУ-ТБ среди заключенных. И при любых обстоятельствах, объединенные в профессиональных ассоциациях, специалисты всегда готовы делиться своим опытом и помогать коллегам осваивать успешные принципы организации работы.

Начиная с нового года традиция обмена опытом из плоскости общественной деятельности перейдет в совершенно новое качество и станет одним из важнейших разделов повышения квалификации в рамках системы непрерывного медицинского образования. Мы не раз знакомили своих читателей с вопросами внедрения НМО для сестринского персонала, проводили отдельные семинары, лекции, вебинары, понимая, как важно подготовить своих членов к внедрению новой модели приобретения знаний. К моменту подготовки этого выпуска «Вестника» в активе Ассоциации медицинских сестер России уже более 100 мероприятий, аккредитованных в системе НМО, и более 30 тысяч специалистов, которым довелось принять участие в таком обучении, получить свидетельства с кредитами и внести их в свое портфолио. И если до настоящего момента работа велась в рамках эксперимента, то уже с 1 января новая система непрерывного медицинского образования будет открыта для всех. Надеемся, что члены Ассоциации почувствуют плоды наших трудов и войдут в новую систему с наименьшим уровнем стресса и волнения!

Дорогие коллеги! Наступающий Новый год несет значительные для нашей профессии перемены. Я искренне верю, что для всех вас это будут перемены к лучшему, которые откроют новые возможности профессионального роста! От всего сердца желаю вам счастья, крепкого здоровья, благополучия, исполнения самых заветных желаний!



На обложке: участники Всероссийского форума РАМС «Молодые специалисты – взгляд в будущее»

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Поздравляем с победой! Новый проект Тюменской ассоциации медицинских сестер получил поддержку Фонда Президентских грантов	стр. 3
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
Как вступить в НМО	стр. 17
Молодые специалисты – взгляд в будущее. Итоги Всероссийского форума РАМС	стр. 18
Будущее фтизиатрической помощи и роль медицинской сестры. Итоги симпозиума РАМС в рамках VII конгресса Национальной ассоциации фтизиатров	стр. 28
ГЕРОИ ПРОФЕССИИ	
Речкина из Каменки	стр. 12
МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО	
Глобальные перспективы профессии в европейском контексте: инклюзивность, инвестиции, инновации	стр. 4
Остановить ТБ. Международный опыт совершенствования помощи в медицинских организациях пенитенциарной системы	стр. 31
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Как стать волонтером и обрести счастье	стр. 14
Центр «Радуга» как пример реализации модели непрерывного сопровождения акушеркой в России	стр. 22
ЭФФЕКТИВНЫЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ	
Система организации наставничества	стр. 25
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Вич-инфекция – жизнь на грани. Паллиативное сопровождение пациентов с ВИЧ	стр. 7

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 07.12.2018. Типографии «АКЦЕНТ». Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский пр., д. 60, лит. И. Заказ №2134-18. Тираж 15 500. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет. Фото: depositphotos.com

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 следует направить по адресу: julia@medsestre.ru Подробная информация о подписке и размещении публикаций – на сайте РАМС: www.medsestre.ru

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

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

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор – Валентина Саркисова
Ответственный редактор – Наталья Серебренникова
Научный редактор – Валерий Самойленко
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

- АНОПКО В.П.** – канд. мед. наук, президент Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация»
- ГЛАЗКОВА Т.В.** – главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Комитета по здравоохранению Ленинградской области, президент Региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела» Ленинградской области
- ДРУЖИНИНА Т.В.** – главный специалист по сестринскому делу Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области, президент Кемеровской региональной общественной организации «Ассоциация медицинских сестер Кузбасса»
- ЗОРИНА Т.А.** – президент Омской региональной общественной организации «Омская профессиональная сестринская ассоциация»
- КУЛИКОВА Р.М.** – президент Тюменской региональной общественной организации «Тюменская областная профессиональная сестринская ассоциация»
- ЛАПИК С.В.** – д-р мед. наук, профессор, декан ФВСО ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава
- НИКИТИНА Н.В.** – старшая медицинская сестра БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 1», президент Вологодской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела»
- РУДЕЙКО И.В.** – врач-дезинфектолог высшей категории, эпидемиолог-эксперт
- РЯБКОВА В.В.** – главная медицинская сестра ФГБУ ФЦТОЭ МЗ РФ, президент Смоленской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела»



ПОЗДРАВЛЯЕМ С ПОБЕДОЙ!

Поздравляем ТРОО «Тюменская областная профессиональная сестринская ассоциация» с победой во II конкурсе грантов Президента Российской Федерации 2018 года!

Всего на второй конкурс было представлено 9843 проекта. До независимой экспертизы было допущено 9034 проекта. В число победителей второго конкурса вошли 2022 некоммерческие организации из всех регионов страны. Общая сумма грантов, выделяемых по итогам второго конкурса, составила 4,7 млрд рублей.

Тюменская сестринская ассоциация представила на конкурс проект: социальный всеобуч «НЕТ раку груди!». С 2017 года ТРОО ТОПСА осуществляет проект «Социальный всеобуч «Гипертония, СТОП!»». За 11 месяцев всеобуч охватил более 100 тысяч человек. Успех реализации такого формата профилактической работы, когда не пациент приходит в медицинскую организацию, а медицинские работники-добровольцы выходят «в народ», чтобы повысить информированность целевых групп населения о профилактике заболевания, последствия которого являются самыми высокими факторами смертности людей, в том числе и трудоспособного возраста, принёс уверенность в значимости продолжения и развития общественной и добровольческой инициативы медицинских сестёр.

Социальный всеобуч «НЕТ раку груди!» направлен на обучение женских групп населения профилактике рака молочной железы. Злокачественные образования являются второй основной причиной смертности в России. В среднем, в России, как и во всем мире, отмечается рост заболеваемости на 1,5 % в год. Говорить об актуальности профилактической работы среди населения по раннему выявлению онкологических заболеваний и раку груди, может быть, излишне. И всё-таки... 1 марта 2018 года Президент РФ Владимир Путин заявил о необходимости срочного принятия онкологической программы. В Национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями на долгосрочный

период до 2030 года определены основные приоритеты в области борьбы с онкологическими заболеваниями, направленные на снижение в том числе преждевременной смертности лиц трудоспособного возраста, а также на профилактику на основе обеспечения раннего выявления с целью сохранения и укрепления национального человеческого капитала на долгосрочный период.

В 2017 году на территории Тюменской области впервые зарегистрировано 5902 злокачественных новообразования, в том числе 2894 у мужчин и 3008 у женщин, что на 1,8 % выше уровня 2016 года. Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями среди женского населения составил 386,96 случаев на 100 тыс. населения (по РФ в 2016 году – 413,9), что на 1,1 % выше уровня 2016 года. В структуре онкологических заболеваний женщин рак молочной железы занимает первое место – 22,5 %. По данным онкослужбы региона, за 6 месяцев 2018 года из 300 женщин, у которых зарегистрировано заболевание, только 35 % взято на учёт с I стадией.

Значимость социального всеобуча «НЕТ раку груди!» основана на необходимости ввести в привычку женщин ежемесячно проводить самообследование своей груди, знать симптомы новообразований и своевременно обращаться за медицинской помощью для ранней диагностики онкопатологии молочной железы на стадии, поддающейся полному излечению, снизить факторы риска возникновения рака (профилактика абортов, мотивация на грудное вскармливание ребенка, пропаганда здорового образа жизни, управление стрессом).

Проект направлен на повышение осведомленности женщин о том, что является симптомом

неблагополучия и когда нужно бежать к онкологу. Информация, которую мы хотим донести жительницам области, вполне проста: рак лечится, и чем раньше он выявлен, тем лучше прогнозы и благоприятнее сценарий развития событий. Безусловно, как отмечала вице-премьер Ольга Голодец, система оказания онкологической помощи населению должна в первую очередь ориентироваться на раннее выявление онкологических заболеваний. И выявление патологий молочной железы на первых стадиях, которые успешно излечиваются, сохранит женское здоровье, семейное благополучие, трудовую активность и подарит счастливую жизнь.

Президентский грант – это не столько повод для гордости, сколько огромная ответственность. При реализации проекта необходимо ориентироваться на достижение реальных результатов, положительных изменений в состоянии здоровья целевой группы или решении заявленной проблемы, а также информационную открытость. Команда Фонда президентских грантов заинтересована в успешном осуществлении поддержанных проектов. Не в показушном, а в настоящем эффекте. В том, чтобы среда вокруг нас становилась лучше. Главное – не допускать формального подхода. Грант Президента Российской Федерации – не источник заработка, не государственный заказ, это уникальная возможность для активных и неравнодушных людей помочь другим, изменить ситуацию к лучшему, реализовать свой потенциал в добрых делах.



ГЛОБАЛЬНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФЕССИИ В ЕВРОПЕЙСКОМ КОНТЕКСТЕ: ИНКЛЮЗИВНОСТЬ, ИНВЕСТИЦИИ, ИННОВАЦИИ

Раз в два года Европейское региональное бюро ВОЗ совместно с Европейским форумом национальных сестринских и акушерских ассоциаций проводит политическое совещание, которое позволяет в буквальном смысле слова «сверить часы» – оценить уровень развития практики, законодательства, образования в разных странах региона и определить общие и национальные цели развития профессии. Именно таким стало совещание, состоявшееся в начале октября в Афинах, Греция. Участниками стали порядка 100 руководителей сестринского дела – главных специалистов, делегатов, назначенных министерствами здравоохранения, лидеров профессиональных ассоциаций и экспертов сотрудничающих центров ВОЗ. Иными словами, собрались ведущие политические лидеры сестринского дела, каждый из которых отвечает за свой необъятный раздел работы.

Мероприятие было построено вокруг обсуждения трех тем, сообразно заседанию высокого уровня ЕРБ ВОЗ в Таллинне «Системы здравоохранения в поддержку процветания и солидарности: никого не оставить без внимания: инклюзивность, инновации, инвестиции».

- **Инклюзивность** – повышение охвата населения медицинской помощью, повышение доступности помощи и финансовая защита для всех;
- **Инновации** – применение инноваций и новых систем в ответ на потребности населения;
- **Инвестиции** – обоснование инвестиций в системы здравоохранения.

Встреча и состоявшееся обсуждение были исключительно своевременны, ведь в этом году ВОЗ отмечает 30-летие Венской декларации по сестринскому делу в эру политики «Здоровье для всех», когда медсестры ста-



новятся партнерами в принятии решений, играют более высокую роль в наделении пациентов, семей, сообществ поддержкой, чтобы они могли заботиться о своем здоровье.

Делегатов совещания приветствовали д-р Ганс Клюге, директор департамента систем здравоохранения и общественного здоровья ЕРБ ВОЗ, и Валентина Саркисова, председатель Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций, президент РАМС.

Мероприятие началось с обсуждения регионального и глобального контекста в сестринском и акушерском деле. В этом направлении у европейского региона ВОЗ имеются заметные успехи. В частности, еще в 2016 году ВОЗ утвержден документ: «Стратегические руководства по укреплению сестринского и акушерского дела», предусматривающий реализацию политических мер по развитию образования, планированию кадровых ресурсов, обеспечению благоприятных условий труда, поощрению научно обоснованной практики и инноваций. На основании этого документа и заложенных в него принципов многие страны региона реформируют образование (Вен-

грия переходит на полный бакалавриат, вводит магистратуру); меняют законодательство (Уэльс, Ирландия – вводят законодательные требования по минимальному кадровому обеспечению, снижая соотношение пациентов на одну медицинскую сестру); обеспечивают благоприятную рабочую среду и поощряют научно обоснованную практику (целый ряд европейских стран подключается к программе, некогда стартовавшей в США – «Больница – Магнит»).

Для того чтобы больше узнать о таких примерах и трансформировать их в рамках национальных систем здравоохранения, и собрались лидеры сестринского дела всего региона.

Что такое инклюзивность здравоохранения и какова роль медицинской сестры, акушерки в ее обеспечении?

Вниманию участников были представлены проекты повышения доступности акушерской помощи – в Швеции, Нидерландах, Греции, Великобритании, где система здравоохранения должна была адаптироваться к большим потокам мигрантов и возник дефицит по-



В течение многих лет вопросы развития сестринского и акушерского дела в Европейском регионе курировала Галина Михайловна Перфильева, менеджер программы «Кадровые ресурсы здравоохранения» ЕРБ ВОЗ. Заседание в Афинах, ставшее важнейшим этапом на пути реализации европейских стратегических руководств, также было подготовлено при активном участии Галины Михайловны, передавшей свои полномочия новому менеджеру программы – Габриэле Якоб. Участники заседания горячо приветствовали Габриэлу, но не могли скрыть своих эмоций в адрес горячо нами

любимой Галины Михайловны. Слезы в глазах европейских профессоров, руководителей сотрудничающих центров, главных специалистов и руководителей ассоциаций, каждого из которых Галина Перфильева встретила, познакомила с коллегами, вдохновила на научную работу, исследования, проекты и публикации, говорили сами за себя. Спасибо Вам, дорогая Галина Михайловна, за грандиозные достижения в Европейской политике здравоохранения и добро пожаловать домой, где нам вместе предстоит еще очень многое сделать для процветания профессии и благополучия пациентов!

мощи. В ответ на эти вызовы возник Европейский проект ORAMMA, призванный оценить пробелы в оказании помощи и выработать рекомендации для ее эффективной организации. Так, исследователи установили, что женщины из числа мигрантов встречают на своем пути к медицинской поддержке массу препятствий – они не знают системы здравоохранения в стране, куда прибыли, не понимают, к кому обратиться, не могут обратиться из-за незнания языка. Более того, проблемы их беременности зачастую выходят за пределы только медицинского сопровождения. Социальная неустроенность, отсутствие документов и принадлежность к совершенно другой культуре также должны быть преодолены для рождения здорового ребенка. Участники проекта разработали рекомендации, учебные и информационные материалы, руководства по привлечению доул к оказанию помощи беременным, принципы организации помощи, в том числе с привлечением переводчиков. Акушерки из Швеции поделились статистическими данными. Ежегодно в стране рождается 130–150 тысяч малышей, при этом неонатальная смертность составляет 4,7 на 100 тысяч, а материнская не превышает 4–5 случаев в год. Среди мигрантов показатели неонатальной смертности как минимум в 4 раза выше, поэтому дальнейшая реализация проекта – это путь к сохранению их жизни и здоровья.

Медицинские сестры также вносят большой вклад в повышение уровня

охвата населения помощью. В этой части дискуссии участники рассмотрели вопросы оказания паллиативной помощи, помощи в чрезвычайных ситуациях и помощи пациентам с ТБ. Этот пример представила руководитель специализированной секции РАМС «Сестринское дело во фтизиатрии» Татьяна Федоткина. За год в России выросло число регионов, открывающих для пациентов с ТБ возможность дистанционного контроля за лечением на его продолжающей фазе. Пациенты из числа тех, кто неукоснительно соблюдал все требования к режиму терапии на интенсивной фазе лечения, проходят обучение и далее могут получать препараты на несколько дней и принимать их, выходя на сеанс связи с медицинской сестрой с помощью программы «Скайп». Пациенту это гораздо удобнее – не нужно тратить массу времени, средств и сил

на то, чтобы ежедневно приходить в диспансер для приема лекарственных препаратов. Как правило, уровень приверженности лечению в таких группах 100%, а многочисленные пациенты, пока не охваченные видеоконтролируемым лечением, выражают высокую заинтересованность.

Инновации в практике и образовании стали предметом второго пленарного заседания.

В сфере образования инновационные подходы, прежде всего, вызваны сменой парадигмы – от подготовки специалиста знающего к компетентному, что требует соответствующих изменений методов обучения, в том числе внедрения подходов, основанных на решении проблем и симуляционных технологий.

Актуальный новаторский подход в практическом здравоохранении



представила Норвегия. Медицинские сестры общественного здравоохранения, – так называется должность медсестры первичного сектора, которая ведет самостоятельный прием пациентов как во взрослых, так и в детских центрах – разработали инструмент профилактики насилия в отношении детей первого года жизни. Веские основания для этого имеются. Нередко в тяжелых случаях малыши попадают в больницы с ушибами, гематомами, переломами. Иногда медицинские сестры обнаруживают травмы в ходе регулярных осмотров детей, но расспрашивать об этих травмах родителей затрудняется. А иногда у специалиста нет никаких очевидных свидетельств, но есть опасения, что ребенок рискует своим здоровьем и ему может быть нанесен вред.

Чтобы предотвратить такие эпизоды в жизни самых маленьких пациентов, медицинские сестры с помощью средств гранта создали видео из нескольких сюжетов, посвященных уходу за маленьким ребенком, возможным проблемам в жизни семьи, где появился малыш, тяжелых последствиях грубого с ним обращения, стрессах и эмоциональной нагрузке матери. К каждому сюжету предусмотрен набор простых вопросов, сформулированных таким образом, чтобы облегчить проведение беседы с родителями ребенка. Теперь этот инструмент внедряется во всех центрах детского здоровья (поликлиниках для маленьких детей) Норвегии, а медицинские сестры благодарят своих коллег за ценный инструмент, помогающий в работе.

Отметим, что авторы этого проекта – молодые специалисты, которые,

несмотря на свой юный возраст, создали действительно ценный для практики инструмент!

Заключительная сессия встречи была посвящена инвестициям.

Здесь эксперты представили как опыт отдельных стран по привлечению и сохранению медицинских работников на местах, так и данные о результатах инвестиций в сестринские кадры – результатах, сказывающихся на показателях эффективности здравоохранения, исходах лечения, данных по неблагоприятным последствиям.

Ирина Купеева, заместитель директора Департамента медицинской науки, образования и кадровой политики, рассказала участникам о реализации в России программы «Земский доктор» и старте новой программы «Земский фельдшер», призванной финансово стимулировать приток фельдшеров в самые отдаленные районы по всей территории страны. Программа подразумевает большие финансовые обязательства и является успешным результатом переговоров МЗ РФ на уровне правительства страны, с тем чтобы соответствующие решения были приняты и реализованы на уровне регионов.

Руководитель сотрудничающего центра ВОЗ в Бельгийском университете, профессор Уолтер Сермиус, подробнее остановился на доказательствах в пользу инвестиций. Объем исследований относительно вклада специалистов сестринского дела в оказание помощи в последние годы заметно вырос. Исследования, проведенные и в США, и в европейских странах, позволяют утверждать, что повышение нагрузки на 1 пациента на медсестру ведет к повышению риска смертности на 7%; увеличение на 10% сестер-бакалавров в составе сестринской службы клиники ведет, напротив, к снижению такого риска на 7%. Отметим, что по данным исследования от 2014 года,



в госпиталях Европейских стран трудилось 52% сестер с образованием не ниже бакалавриата, при этом разброс данных составляет от 10% в Швейцарии до 100% в Норвегии и Испании.

Информация, озвученная многочисленными спикерами мероприятия, была особенно важна для представителей стран СНГ и Восточной Европы. Ведь если в одних странах региона акушерки еще в период получения базового образования планируют свой профессиональный путь вплоть до докторантуры, и 100% сестринского и акушерского персонала – бакалавры, то в ряде восточноевропейских государств такой уровень подготовки пока недоступен; если в одних странах действуют сильные профессиональные ассоциации, то в других пока нет и должности главного специалиста – медицинской сестры, работающей на уровне министерства, с тем чтобы внедрить лучшие модели организации помощи, кадровой политики и образования, исходя из лучших мировых примеров.

Дискуссия за круглыми столами позволила наметить планы и перспективные направления работы. Европейскому региону предстоит решить многочисленные задачи для достижения гармоничного развития здравоохранения и максимального прогресса в сестринском и акушерском деле. Обязательства, взятые на себя Всемирной Организацией Здравоохранения в рамках международной кампании «Сестринское дело сегодня», проведение 2020 года ВОЗ как года «Медицинской сестры», станут стимулом для многих европейских руководителей к тому, чтобы добиться серьезных перемен в своих странах. Верим, надеемся и приложим все усилия для того, чтобы это непременно произошло и в России!





ВИЧ-инфекция – жизнь на грани

ПАЛЛИАТИВНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ



■ **Светлана Александровна
АНДРЕЕВА**

Главная медицинская сестра
ГБУЗ АО «Областная инфекционная
клиническая больница
им. А.М. Ничоги»

«Дело не в том, чтобы в жизни было больше дней, а в том, чтобы в днях было больше жизни», – эта фраза М.Ю. Лермонтова характеризует работу специалистов ГБУЗ АО «Областная инфекционная клиническая больница им. А.М. Ничоги», которые имеют дело ВИЧ-инфицированными пациентами.

Всегда на страже здоровья

Областная инфекционная клиническая больница имени А.М. Ничоги – единственное специализированное учреждение в Астраханской области, оказывающее помощь взрослым и детям с инфекционной патологией и пограничными с ней состояниями. Астраханская область не входит в число субъектов с критической

эпидемической ситуацией. Однако отмечается ежегодный прирост новых случаев ВИЧ-инфекции за счет активной миграции населения, широкой распространенности наркомании и сексуально раскрепощенной молодежи.

Отделение № 3 ОИКБ – структурное подразделение ГБУЗ АО «Областная инфекционная клиническая больница им. А.М. Ничоги» на 45 коек. Сюда госпитализируются пациенты с диагнозами: менингококковая инфекция, менингит, корь, ветряная оспа, паротитная инфекция, бешенство, столбняк, КГЛ, дифтерия, ангина. Отделение имеет в своем составе паллиативные койки для ВИЧ-инфицированных людей.

Первые больные с ВИЧ-инфекцией в ОИКБ начали поступать в середине 90-х годов.

Нельзя сказать, что инфекционная больница не была готова к лечению пациентов с таким диагнозом, но все-таки была надежда, что это будут единичные случаи. Но неутешительная статистика такова, что с каждым годом количе-

ство инфицированных ВИЧ неуклонно растет. Работники инфекционной службы – и врачи, и медицинские сестры, как стойкие солдатики находятся на страже здоровья как своего, так и пациентов, рассматривая каждое инфекционное заболевание как потенциально опасное! Начиная с 90-х годов и по настоящее время в ОИКБ не было ни одного случая инфицирования медицинского работника ВИЧ-инфекцией. Каждый работник с первых дней работы усваивает простые правила, а именно: избежать смертельного заболевания очень просто, необходимо знать особенности его распространения и методы профилактики.

Госпитализация пациентов с ВИЧ- инфекцией

«Пациент поступил с банальной ангиной. Всех поступающих пациентов с их согласия обследуют на ВИЧ-инфекцию. Когда у мужчины брали согласие на данный вид исследования, он шутил, что бояться ему нечего. Действительно, ничто не предвещало, но пришли результаты анализа, и ответ был положительный. К сожалению, таких историй становится все больше».

Госпитализация пациентов с ВИЧ-инфекцией проводится по клиническим, эпидемиологическим и социально-психологическим показаниям. Клинические показания – выявление

признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции: появление вторичных или сопутствующих заболеваний, требующих стационарного лечения, или необходимость проведения плановых исследований, которые не могут быть осуществлены в амбулаторных условиях.

Эпидемиологические: наличие у больных кровотечений или угрозы развития кровохаркания, вторичных заболеваний, которые могут представлять опасность для окружающих (открытые формы туберкулеза) при невозможности вследствие жилищных или социальных условий соблюдать дома эпидемический режим.

Социальные: психотравмирующие ситуации вследствие травли со стороны общества, конфликтов в семье. Такая госпитализация в конечном счете имеет клиническое и эпидемиологическое значение (предотвращение прогрессирования болезни на фоне стресса, предотвращение суицидальных попыток).

ВИЧ-инфицированные пациенты госпитализируются в инфекционную больницу по направлению из СПИД-центра, из других лечебных учреждений или в результате вызова скорой медицинской помощи. Как правило, госпитализируются больные, которые находятся на 3-й или 4-й стадии заболевания и нуждаются

во всесторонней паллиативной помощи. Отделение № 3, в которое госпитализируются больные ВИЧ-инфекцией – боксированное, что облегчает сохранение врачебной тайны и оберегает больного с ВИЧ-инфекцией от контактов с другими инфекционными больными.

Течение ВИЧ-инфекции

У пациентов с 3-й стадией ВИЧ к основному заболеванию часто присоединяются поражения кожных по-

кровов, отмечается болезненность костно-мышечной системы, которая проявляется гнойными миозитами, инфекционными поражениями суставов и костей. Часто больные жалуются на постоянную головную боль, которая возникает из-за поражения клеток головного мозга. Нарушения чувствительности в отдельных участках кожи говорят о бактериальном или вирусном поражении определенных структур спинного мозга. Также наблюдается нарушение стула, которое проявляется затяжными диареями продолжительностью более 1–2 месяцев. В ротовой полости наблюдаются гнойно-некротические раны, плохо поддающиеся лечению.

Четвертая стадия заболевания считается последним этапом в течении СПИДа. Болезнь проявляется большим количеством инфекционных поражений, которые практически не поддаются лечению. Человек становится инвалидом. В отделении, где на лечении находятся больные с таким заболеванием, работают медицинские сестры с большим стажем и с большим опытом работы, которые помимо обучения сестринскому делу при инфекциях, также проходят обучение по вопросам паллиативной помощи.

Стойкость и сострадание

«В большинстве случаев пациенты ведут себя адекватно, но бывает и так, что агрессия переходит все границы. Медсестры боятся зайти в бокс к больному, который мечется, кричит, оскорбляет. Вот человек вроде успокоился, дал выполнить парентеральную манипуляцию. Но вдруг неожиданно выдергивает руку, стараясь сделать так, чтобы игла поранила медицинскую сестру. Смотрит в глаза, ухмыляется: "Что, боишься!?" Вот тогда становится по-настоящему страшно».

Молодые специалисты, только что окончившие медицинский колледж, приходят в наше лечебное учреждение с неохотой и опаской. Труд медицинской сестры в инфекционном стационаре – это не только физическая и эмоциональная нагрузка, это еще риск быть инфицированным из-за малейшей допущенной ошибки. Средний возраст медицинских сестер, работающих в отделении, составляет 35–50 лет. Объем работы среднего медицинского персонала очень большой (на одну палатную медсестру прихо-

дится от 15 до 18 пациентов). И это не считая ВИЧ-инфицированных больных, на которых приходится большой объем различного рода манипуляций. Количество назначений и медицинских манипуляций с каждым годом увеличивается, так как растет число больных, нуждающихся в прохождении обследований для более точной диагностики заболевания и лечения. «Этический кодекс медицинских сестер» гласит: «Важнейшими задачами профессиональной деятельности медицинской сестры являются: комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий; восстановление здоровья и реабилитация; содействие укреплению здоровья и предупреждение заболеваний».

Особенности ухода

Какие же существуют особенности в уходе за ВИЧ-инфицированными пациентами в стационаре?

Во-первых, всегда надо помнить, что ВИЧ – это инфекционное заболевание с достаточно ограниченным числом возможных путей передачи, из знания которых и надо исходить при работе с больными. Если на коже рук нет повреждений, то при обычном физикальном осмотре никаких дополнительных мер защиты не требуется. Если на коже рук имеются царапины, микротравмы, их необходимо заклеить пластырем. При работе с биологическими субстратами больных с ВИЧ или проведении манипуляций медицинские сестры должны обеспечить самозащиту, а также принять меры по профилактике как распространения ВИЧ-инфекции, так и заражения самого ВИЧ-инфицированного.

Во-вторых, важно понимать, что самую большую опасность заражения представляют разрывы и проколы перчаток, что может привести к попаданию зараженного материала на кожу, возможно, имеющую микротравмы. Поэтому выполнение манипуляций пациентам с ВИЧ всегда проводится в присутствии второго специалиста, который может в случае разрыва перчаток или пореза продолжить ее выполнение.

В-третьих, при проведении манипуляций больному с ВИЧ-инфекцией всегда под рукой должна находиться аптечка экстренной профилактики парентеральных инфекций.

Внимание, опасность!

Медицинский работник, получивший травму, должен поставить в известность старшую медицинскую сестру отделения, в котором он работает, заведующего отделением или дежурного врача, если «авария» произошла в выходной или праздничный день. Составляется акт о несчастном случае в учреждении с регистрацией в журнале учета аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций.

Наше лечебное учреждение обеспечено экспресс-тестами на ВИЧ и антиретровирусными препаратами с таким расчетом, чтобы обследование и лечение могло быть организовано в течение 2 часов после аварийной ситуации, как в ночное время, так и в выходные/праздничные дни.

Сложности для медицинских работников заключаются в том, что пациент имеет право не разглашать информацию о своём ВИЧ-статусе. Поэтому каждая манипуляция, при которой возникает прямой контакт с кровью пациента, является опасной для медика, и каждого пациента надо рассматривать как потенциально инфицированного ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами.

Обследование на ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты В и С, эпидемия которых разразилась в нашей стране в последние годы, проводится всем сотрудникам нашего лечебного учреждения ежегодно. Обследованию также подлежат люди, которые поступают на работу в ОИКБ.

А сейчас хочется затронуть самый важный вопрос паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным больным, это вопрос психологической работы медицинской сестры с больными.

Индивидуальный подход

Медицинские сестры по роду своей деятельности наиболее близки больным и членам их семей. Порой медицинской сестре больной открывается больше, чем лечащему врачу,

и в таких случаях медицинская сестра становится для пациента очень близким и незаменимым другом. Медицинские сестры, работающие с ВИЧ-положительными больными, проявляют не только тактичность и сочувствие, но и разъясняют важность лечения. Неизлечимая болезнь, в отличие от непродолжительного заболевания, поддающегося излечению, изменяет восприятие всего окружающего. Порой медсестры слышат оскорбления, ругань и проклятия в свой адрес – больной не в силах сдержать негативные эмоции. Но настоящий профессионал своего дела проявит к больному сочувствие и уважение.

«Она поступила ближе к ночи. Когда я зашла в бокс, девушка стояла ко мне спиной и смотрела в темное окно. Я поздоровалась, и она обернулась. В глазах стояли слезы, я попыталась ее успокоить, но она, не произнося ни слова, жестом показала, чтобы я ничего не говорила. На протяжении целой недели эта девушка ни с кем не хотела вступать в разговор. Но вдруг во время проведения очередного назначения врача попросила меня с ней поговорить. Было видно, как трудно ей дается пережить факт своей болезни. В каждое мое дежурство она рассказывала мне о своей жизни, начиная с самого раннего детства. На протяжении пяти лет она поступала к нам по несколько раз в год, общалась только со мной и угасала на моих глазах. Когда она умерла, ей было всего 35 лет».

ное отношение, подберет нужные слова и тактику поведения.

Медицинские сестры, осуществляющие уход за больными ВИЧ-инфекцией, подвержены большому стрессу. Большинство больных имеют сравнительно молодой возраст (25–40 лет), и медицинским сестрам, осуществляющим уход за пациентами с ВИЧ на поздних стадиях заболевания, приходится переживать смерть своих пациентов.

Опасная тайна

Серьезной проблемой ВИЧ-инфицированных людей является их дискриминация со стороны окружающих людей. Очень многие пациенты, поступающие в наше лечебное учре-

ждение, скрывают свой ВИЧ-статус от родных и близких им людей. Многие опасаются, что раскрытие информации о заболевании приведет к неблагоприятным последствиям: дискриминации, осуждению, утрате любимых людей. Пациенты рискуют стать изгоями общества. Многие пациенты с диагнозом ВИЧ мучаются, не в силах решиться – сказать или нет, а если сказать, то как. Некоторые больные просят пригласить священнослужителя, чтобы перед ним раскрыть всю душевную боль. В других случаях на помощь приходят психологи СПИД-центра, которые помогают пациентам и их родственникам справиться с данной проблемой.

Существует целый ряд проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, среди которых нехватка информации о самом вирусе иммунодефицита человека, дискриминация ВИЧ-инфицированных людей, недостаточная паллиативная поддержка людей с положительным ВИЧ-статусом. Больные, находящиеся на последних стадиях заболевания, прекрасно понимают, что их дни сочтены, и им гораздо комфортнее ощущать себя окруженными заботой и теплом в домашней обстановке. Однако родные и близкие не всегда в состоянии оказать квалифицированную помощь.

Мы понимаем, что паллиативная помощь – это не только облегчение физических страданий больного ВИЧ-инфекцией путем купирования симптомов заболевания и обеспечение надлежащего гигиенического ухода, это еще и психологическая, эмоциональная поддержка на этапе прогрессирования заболевания, включая период ухода из жизни, это духовная поддержка человека, страдающего неизлечимой болезнью. Количество нуждающихся в такой помощи неуклонно растет, поэтому создание серьезной программы оказания паллиативной помощи лицам, живущим с ВИЧ, больным СПИДом и их родственникам должно стать одним из приоритетных направлений развития российского здравоохранения. Решение проблемы должно вылиться в создание в нашей стране хосписов, ориентированных на оказание помощи людям с ВИЧ/СПИДом.

КАК БЫТЬ УСЛЫШАНЫМИ И ДОСТИГАТЬ ПЕРЕМЕН

КОММУНИКАЦИЯ И ОБЩЕСТВЕННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЛИДЕРА СЕСТРИНСКОГО ДВИЖЕНИЯ



■ **Лариса Анатольевна ТРЕТЬЯКОВА**

Руководитель регионального исполкома ОНФ, президент Брянской региональной общественной организации «Ассоциация сестринского персонала Брянщины», член правления РАМС

Основная задача лидера любой общественной организации – сплотить людей для выполнения социально значимой деятельности, а для того чтобы эта деятельность стала результативной, необходимо устанавливать эффективные коммуникации. Как правило, стандартным набором инструментов коммуникации для общественной организации всегда становятся сайт, социальные сети, публикации в СМИ и рекламные печатные материалы. Но важную роль в установлении коммуникации должно играть партнерство, которое достигается путем выстраивания взаимодействия между заинтересованными лицами в решении определенной проблемы. Заявленная вами на обсуждение тема должна вызывать интерес у партнера.

И здесь мне хочется более подробно остановиться на примере достижений Ассоциации сестринского персонала Брянщины в коммуникации и взаимодействии с партнерами.

Постоянными социальными партнерами нашей организации стали региональное отделение ОНФ в Брянской области, волонтеры-медики, образовательные учреждения, департамент здравоохранения и некоммерческие организации.

Объединяет нас единство интересов, направленных на решение социальных проблем, а также выполнение профессиональных задач в сфере здравоохранения и социальных услуг.

Сегодня специалисты среднего звена задействованы в реализации на территории региона федерального проекта «Бережливая поликлиника», направленного на повышение комфорта и сокращение времени пребывания пациентов в поликлинике, повышение доступности и качества медицинской помощи, увеличение времени работы врачей и медсестер непосредственно с пациентами, сокращение времени оформления медицинской документации. Организация комфортной и доступной среды для пациентов поликлиники – одна из главных задач медработников.

Общероссийский народный фронт реализует на территории Российской Федерации проект «Народная оценка качества», цель которого – сформировать механизм влияния граждан на качество работы больниц, поликлиник, учреждений образования и социальной защиты. Вместе с тем проект направлен на развитие общественного контроля и тиражирование лучших управленческих практик, каким и является проект «Бережливая поликлиника».

Вот здесь и просматривается прямое совпадение задач и целей нескольких общественных организаций, что и говорит о необходимости выстраивания партнерских отношений.

При реализации на территории Брянской области проекта «Народная оценка качества» заинтересованность в участии проявили Всероссийское движение «Волонтеры-медики», департамент здравоохранения и Ассоциация сестринского персонала Брянщины.

Волонтеры-медики в рамках мониторинга качества услуг учреждений

здравоохранения провели в поликлиниках анкетирование посетителей, члены нашей общественной организации дали оценку соответствия замечаний, оставленных пациентами на сайте проекта ОНФ «Народная оценка качества».

Каждый участник в рамках этого проекта ОНФ проводил свои мероприятия и достиг поставленных целей. Совместные мероприятия позволили анонсировать деятельность каждого партнера в более широком информационном поле

и, самое главное, не подходить к теме качества медицинской помощи однобоко, поскольку в рамках проекта ОНФ медицинские услуги оцениваются гражданами.

А субъективная оценка, как мы с вами знаем, не всегда отражает действительность,

и только мы, как эксперты медицинского сообщества, можем дать реальную оценку.

По итогам реализации первого этапа проекта был проведен круглый стол. В нем приняли участие заместитель губернатора Брянской области, представители областного департамента здравоохранения, главные врачи медицинских учреждений региона, члены регионального штаба ОНФ, эксперты региональной рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость», волонтеры-медики и Ассоциация сестринского персонала Брянщины. На круглом столе были подняты не только проблемы, требующие разового вмешательства, но и системные проблемы здравоохранения, такие как дефицит медицинских кадров, низкий уровень оплаты труда медицинских работников.

В сентябре 2015 года на форуме ОНФ с участием Президента России В.В. Путина нам удалось заявить о проблемах сельского здравоохранения и необходимости привлечения фельдшеров. Наше предложение поддержали, и программа «Земский доктор» была расширена. Голос медицинских сестер позволил добиться принятия решений на государственном уровне.

Это один из примеров выстраивания коммуникаций на местах в субъектах РФ.

Стоит отметить, что члены Ассоциации сестринского персонала Брянщины с 2014 года вошли в состав экспертов рабочей группы «Социальная справедливость» ОНФ в Брянской области, а с 2016 года – в члены регионального штаба. Это дало возможность обсуждения проблем медиков среднего звена и поиска решений на федеральных площадках. Так, в сентябре 2015 года наши эксперты приняли участие в форуме Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину!» с участием Президента РФ В.В. Путина, на котором обсудили проблемы территориального планирования в ходе оптимизации системы здравоохранения; вопросы доступности медпомощи; применение новых технологий и проблемы расширения объемов платных услуг в системе государственного здравоохранения; работу скорой медицинской помощи, а также вопросы совершенствования системы общественной оценки качества работы медицинских организаций.

В качестве основных причин дисбаланса в получении медицинской помощи жителями города и села были названы отсутствие продуманного территориального планирования, учитывающего специфику каждого региона, а также отсутствие четких критериев доступности медпомощи, учитывающих особенности субъекта. Одновременно участники дискуссии отметили, что положение усугубляется кадровым дефицитом в отрасли, который особенно ярко выражен в сельских территориях, где приток молодых специалистов минимален. Необходимо создать стимулы для привлечения медработников в малонаселенные пункты, запустив, например, программу «Земский фельдшер». Это предложение прозвучало от делегата Брянска, и его поддержали все присутствующие на площадке представители регионов.

Глава государства Владимир Путин на встрече с участниками Форума малых городов и исторических поселений, проходившего в январе этого года в Коломне, заявил о том, что программа «Земский доктор» будет распространена на малые города с населением до 50 тыс. жителей, при этом поддержку получат не только приезжающие врачи, но и фельдшеры.

Это еще раз доказывает, что ОНФ – это площадка, на которой нас слышат, и мы можем влиять на государственную политику в области здравоохранения не только у себя в регионах, но и по всей стране.

Важность выстраивания взаимоотношений и партнерства отмечает Валентина Антоновна Саркисова – Президент Ассоциации медицинских сестер России, и всегда выражает готовность к совместной работе, основа которой – инициатива и взаимный интерес к работе во благо развития сестринского движения и здравоохранения. Руководствуясь этим принципом, РАМС выстраивает коммуникацию с федеральными и региональными органами власти, неправительственными организациями, международными организациями и профессиональными сообществами и представителями индустрии. Мы понимаем, что государственная политика сохранения и укрепления здоровья граждан требует больших инвестиций, внимания и действий в области сестринского дела и работаем со всеми заинтересованными сторонами во имя этой цели.

Сегодня вы, уважаемые коллеги, являетесь Лидерами в своих медицинских коллективах и регионах, и вы не должны ждать, когда обратятся к Вам, а брать инициативу в свои руки и заявлять о сестринском персонале, проблемах сестринского дела и здравоохранения и путях их решения на любой площадке.

И мы должны с Вами помнить всегда, что только от нас с вами зависит будущее профессии – медицинская сестра!



С Новым 2019 годом!

Дорогие коллеги!

Вместе со снежными метелями и ветрами уносится вдаль 2018 год, оставляя позади себя яркие воспоминания о новых встречах, проектах, достижениях и, не побоюсь этого слова, великих делах членов нашей организации!

Одним специалистам удалось провести интересные научные исследования, внедрить практические инновации, другим влиться в волонтерское движение и провести значимые акции в поддержку здоровья. У многих получилось стать участниками аккредитованных конференций и вебинаров, узнать, что такое непрерывное медицинское образование, и как набирать нужные образовательные кредиты. Наши специалисты готовили доклады и презентации, писали замечательные статьи, делились своими мыслями о профессии с коллегами в России и Европе и, что очень приятно, были отмечены большим вниманием со стороны Европейского бюро ВОЗ. И молодые специалисты прекрасно себя проявили, как в ходе конкурса, так и во время всероссийского молодежного форума «Молодые специалисты – взгляд в будущее». Все специализированные секции РАМС работали на отлично, проводили значимые мероприятия и никому не давали скучать!

Спасибо всем вам, дорогие читатели, дорогие члены Ассоциации медицинских сестер России, за ваш энтузиазм, энергию, беззаветный труд и верность выбранной профессии!

От имени Ассоциации медицинских сестер России сердечно поздравляю вас с наступающим Новым годом! Пусть сбудутся все мечты, оправдаются все ваши ожидания! Пусть Новый год будет счастливым, успешным и удачливым для каждого из вас!

С благодарностью
и глубоким уважением,
Валентина САРКИСОВА,
президент РАМС,
председатель
Европейского форума





Речкина из Каменки

Речкина из Каменки... Как красиво звучит это словосочетание. Откуда-то из глубин памяти всплывает строчка из одной некогда популярной песни: «А по камушкам речка бежит...». А она и впрямь за 43 года трудового стажа, будучи и акушеркой, и фельдшером, прочертила быстрыми шагами свою Каменку вдоль и поперек, наверное, не один экватор за пояс заткнув. Бывает же такая профессионально-топонимическая верность!

Есть специалисты, профессионализму которых жители сел, проживающие на обслуживаемом участке, доверяют, есть те, кого уважают или любят за какие-то человеческие качества, а Надежду Константиновну жители просто боготворят. Она давно стала для них главной надеждой, ведь долгое время Речкина была единственным медиком, обслуживавшим в одиночку 4 населенных пункта: Каменку, Речиное, Насекино и Коняшино, где проживало ни много, ни мало 1133 человека! Любой совет или рекомендация, данные Речкиной – не подвергаются сомнению, настолько безупречны ее репутация и авторитет среди односельчан.

В юности, выбирая для себя профессиональную стезю, сомнений у девушки практически не возникало, она

очень рано определилась с выбором, потому что стать медицинским работником мечтала всегда. Детство Надежды Константиновны прошло на далеком Севере – в селе Сосновое Октябрьского района Ханты-Мансийского автономного округа. Наверное, там, среди суровой природы, ковался и закалялся ее характер.

Поступив после успешного окончания Няганьской средней школы-интерната в Тобольское медицинское училище имени В. Солдато-ва, девушка получила долгожданный диплом по специальности «Акушерка». Раньше не было свободного выбора места работы, каждый специалист был на вес золота и распределялся Горздравотделами по конкретным больницам. Так, 43 года назад, 1 апреля 1975 года по распределению попала юная акушерка в Каменский ФАП Тюменской центральной районной больницы. Поднабравшись опыта, через пару лет ей доверили стать заведующей ФАП все в той же Каменке. Дельными советами молодому специалисту очень

помогал находившийся в ту пору на заслуженном отдыхе Шамурин Михаил Николаевич, который до сих пор в ее благодарной памяти запечатлен как самый важный наставник на профессиональном пути.

Именно в Каменке и по сию пору Речкина неустанно продолжает трудиться, исполняя обязанности заведующей ФАП, но основная профессиональная деятельность уже несколько сменила русло. Достигнув своего 50-летнего юбилея, Надежда Константиновна получила новую, более широкопрофильную специальность – фельдшер, окончив Тюменский медицинский колледж. Ведь знания фельдшера шире, и теперь уже добавив уверенности, позволили ей оказывать квалифицированную помощь и старым и малым, и мужчинам и женщинам.

А односельчане обращались к ней и днем и ночью, в любую погоду. Надежда Константиновна, осмотрев больного, принимала важное решение на себя о вызове машины скорой по-

*Дорога была
размыта дождем,
машину трясло и стаски-
вало в кювет, но Надежда
Константиновна вновь и
вновь вкалывалась в спада-
ющую вену пациента,
только бы довезти его
до операционного
стола*

мощи, если понимала, что самой не справиться.

Однажды довелось ей спасать мужчину, у которого открылась прободная язва желудка, осложненная массивным желудочным кровотечением. Большая кровопотеря не предвещает ничего хорошего, ведь запасы крови в организме человека не безграничны. Дозвониться до скорой помощи из-за устрашающей грозы и обрыва телефонной линии не было никакой возможности. Давление пострадавшего начало резко падать, ухудшая общее состояние. Конечно же, медиками была оказана необходимая неотложная помощь, но нужно было срочное возмещение кровопотери. Подключив систему с инфузионной терапией, было принято решение везти пострадавшего в районную больницу, используя подручные средства – совхозный КАМАЗ. Дорога под дождем была настолько размыта колеями, что машину трясло и стаскивало в кювет. Но Надежде Константиновне не приходилось выбирать, она вновь и вновь вкалывалась в спадающую вену пациента. При таком раскладе было бы несправедливым не довести больного до операционного стола. Долго благодарил вызволенный буквально с того света пациент своих спасителей.

Сколько разных, сложных случаев всплывает в ее памяти, когда на принятие решений времени попросту не было. Когда там раскидывать мозгами, если люди в любой момент могут уйти из-за различных травм, отравлений, аварий... И сердечно-легочную реанимацию до самого приезда скорой выполняла мужчине, выпившему тормозную жидкость. А как забыть случай, когда на Ирбитском тракте, ожидая приезда спасателей из МЧС, она бросилась оказывать неотложную помощь незнакомому человеку, обезболивая его, находящегося в искореженной машине после страшного ДТП.

За сорок с лишним лет работы приходилось Надежде Константиновне помимо оказания своим землякам разноплановой помощи и роды принимать.

Можно всю жизнь проработать акушеркой и ни разу не испытать и не поучаствовать в великом таинстве природы – рождении младенца. Речкиной посчастливилось не единожды. За весь

период трудовой деятельности, минуя родильный дом, ею были приняты на свет шесть малышей. Наверняка это стоило ей не одной пряди седых волос, ведь ФАП не является специализированным родовспомогательным учреждением, а роды – процесс непредсказуемый. Никто наперед не может пообещать, как пройдет родоразрешение. Чего стоит только один раз увидеть опасность, связанную с эклампсией... Надежде Константиновне везло с маленькими каменцами, не подводили они свою тетю Надю.

16 июня 1980 года даже в свой 25-летний юбилей Речкиной довелось принимать роды. Что для истинного медика праздничный стол и приглашенные гости, когда женщина рожать надумала! Конечно, там, где есть в ней нужда, – там и Речкина. Все благополучно разрешилось, и до сих пор они с Татьяной, которую принимала Надежда Константиновна в свой день рождения, поздравляют друг друга с праздником.

Хотя был в ее практике и такой случай, который до сих пор будоражит ее память – стремительное рождение двойни. Случилось это в ноябре 1983 года в семье, где уже подрастали трое ребятишек. Рано утром за помощью к Надежде Константиновне прибежал муж роженицы. Недолго думая, схватив укомплектованную для принятия родов сумку, помчалась по нужному адресу бегом через все село принимать роды. По пути сообразила прихватить с собой хоть и не имевшую опыта родовспоможения акушерку Валентину Васильевну Погадаеву, находившуюся в декретном отпуске. Прибежали в разгар потужного периода, когда на свет уже практически готов был появиться мальчик. А следом, к большому удивлению акушера, появился второй мальчик. Вот тут они обе впервые и увидели воочию, что значит в «рубашке» родиться, – плодный пузырь младенца был не нарушен.

Сегодня Каменский ФАП обслуживает население численностью более 1800 человек, да и коллектив не сколько увеличился: состоит из трех медицинских работников и уборщицы. Установлено новое просторное мо-

дульное здание ФАПа, которое оснащено всем необходимым, вплоть до подключения интернета. Население на месте может и анализы сдать, и ЭКГ записать. Есть возможность сельским медикам выписать льготные рецепты, записать пациентов к любому специалисту «Областной больницы № 19». Даже диспансеризацию и профилактический медицинский осмотр может население пройти в условиях ФАП. К обслуживаемым населенным пунктам в последние годы добавились новые коттеджные поселки Новокаменский и Подушкино, что еще больше прибавило работы медикам.

Все эти годы рядом с Надеждой Константиновной Речкиной надежным «соратником» был супруг – Анатолий Николаевич, который как боец невидимого фронта нес с ней ее нелегкую службу по спасению людей, доставляя пациентов в городскую больницу, а саму Надежду Константиновну – на вызова в отдаленные населенные пункты. Для порядка

иногда ворчал, но гордился своей ненаглядной супругой, взвалившей на свои хрупкие женские плечи здоровье земляков-каменцев. Понимал, что не от большой радости ей практически приходится жить на работе. Долг свой она исполняла честно. Может быть поэтому и до сих пор, если Надежда Константиновна бросит среди каменцев клич пройти диспансеризацию – все до одного будут с утра поджидать своего любимого доктора. Настолько велик ее авторитет среди населения, что никак не могут они ее подвести, ведь она их не подводит!

Ее дом не закрывается под ключ или на замок ни днем, ни ночью все эти долгие годы ее служения людям. Это ли не факт великого доверия друг другу? В любое время суток можно войти в их дом и позвать фельдшера на помощь. И она откликнется, обязательно откликнется и поможет.

Дочь Речкиных, Наталья, по зову души и живому маминому примеру тоже пришла в медицину, стала врачом-неврологом. Сейчас заведует отделением медицинской реабилитации в Нижневартонской поликлинике № 5.

За весь период деятельности, минуя родильный дом, Надеждой Речкиной были приняты на свет 6 малышей. Роды довелось принять даже на собственное 25-летие!

А 17 лет назад Надежда Константиновна, заручившись поддержкой супруга, забрала на воспитание девятилетнюю внучку своей погибшей сестры. Поступить иначе она не могла, сердце бы не позволило сделать по-иному. Девочка-то ведь была когда-то названа в ее честь – Надеждой! Сегодня эта красивая молодая женщина работает стюардессой и считает Надежду Константиновну самой лучшей мамой. А мама соответственно помогает дочери растить внука и каждый раз с волнением ждет возвращения Надежды из рейса...

Неугомонная и вездесущая Н.К. Речкина успевает все: и работать на славу, и активное участие в общественной жизни села принимать. Абы

кого депутатом местного совета не избирают! Не успели тюменские медсестры, входящие в состав сестринской ассоциации президентский грант выиграть – Социальный всеобуч «Гипертония, стоп!», Речкина снова в первых рядах «волонтерничает»! Кто, как не Надежда Константиновна, будет своих земляков-каменцев от злой беды – «гипертонической болезни» избавлять? Кто лучше Речкиной знает о состоянии их здоровья? И идет она в массы: в школу, на стадион, в дом культуры – обучает, презентации демонстрирует, истину доносит и о вредных привычках, от которых избавляться надо, о сбалансированном правильном питании, о гиподинамии,

о стрессах, о страшных последствиях высокого давления рассказывает.

Таких профессионалов, как Речкина, людей, горящих на работе, – по пальцам можно сосчитать. Администрация ОБ № 19 не могла не заметить такого специалиста, именно поэтому ее неоднократно награждали грамотами и благодарственными письмами от районной больницы. Вот и сейчас фельдшер высшей категории, отличник здравоохранения Речкина Надежда Константиновна продолжает заботиться о здоровье сельского населения своего участка и каждое утро спешит на свою работу, которой отдала более 40 лет...

*Ирина Янминкуль,
пресс-секретарь ТРОО ТОПСА*

КАК СТАТЬ ВОЛОНТЕРОМ И ОБРЕСТИ СЧАСТЬЕ



Вера ТАРКОВА

Старшая медицинская сестра филиала Боровская больница ГБУЗ ТО «Областная больница № 19», доброволец социального всеобуча «Гипертония, СТОП!», член ТРОО ТОПСА

*«Чтобы верить в добро,
надо начать делать его».*
Л. Толстой



2018 год объявлен Президентом РФ Годом добровольца. Миссия добровольцев или волонтеров – нести добро людям, бескорыстно оказывать посильную помощь во благо человечеству в разных сферах: социальной, медицинской, экологической, военно-патриотической и др. Что может быть достойнее, когда человек, пересмотрев свои жизненные позиции или принципы, протягивает кому-то руку помощи, собирает мусор, очищая поймы рек, ведет раскопки, находя в останках именной жетон, удосто-

веряющий место захоронения героя, или последнее фронтовое письмо...

Медицинские работники ежедневно совершают на рабочих местах маленький профессиональный подвиг, исцеляя и возвращая людей к жизни. Но мое твердое убеждение, что мы можем гораздо больше. Наша прямая обязанность обучать родственников тяжелобольных людей грамотному уходу за нуждающимся в сторонней помощи человеком, проводить «Школы здоровья», мастер-классы по индивидуальному или групповому принципу. А какой пласт работы по-

дразмевает понятие «профилактическая работа», на которую, наконец-то, сделан основной уклон сестринских функций! Ведь то, насколько мы, медицинские сестры, сможем донести до сознания людей информацию о важности здорового образа жизни, во многом и предопределяет здоровье нации. Здоровье – это самое ценное, что может быть у человека. Осмысленно или бездумно распоряжался своим здоровьем на протяжении всей жизни человек и демонстрируют его «накопления» в виде букета болезней к старости.



Небольшая группа инициаторов-сподвижников, входящих в состав Тюменской сестринской ассоциации, около года назад нашли ту нишу, где именно медицинские сестры смогут принести наибольшую пользу людям. Это борьба с факторами риска и профилактика гипертонической болезни, коварной своими необратимыми последствиями.

Озадачившись масштабом проблемы, медицинские сестры-лидеры разработали грандиозный проект, позволяющий оказывать посильную помощь населению не в форме разовых акций, а в ежедневном, постоянном режиме, разъясняя, демонстрируя, обучая, грамотно направляя. Идея участия с социальным всеобучем «Гипертония, стоп!» в конкурсе Президентских грантов была проста и практически «лежала на поверхности», ведь сердечно-сосудистые заболевания давно являются бичом, выкашивающим человеческие жизни. А кто, как не медицинская сестра, сможет грамотно объяснить людям правила пользования простым на первый взгляд прибором – тонометром?

Раньше я не особо задумывалась над определением слова «волонтер», просто ежедневно совершала обычные, но необходимые поступки в рамках своей профессии. Волонтером я стала неожиданно для самой себя, окупившись в эту деятельность с головой.

9 месяцев назад, в декабре 2017 года главная медицинская сестра больницы собрала старших медицинских сестер и рассказала о победе ТРОО ТОПСА и получении грантовой поддержки Фонда Президента РФ. Конечно, мы догадыва-

лись, что работа предстоит большая, но объем проводимой медицинскими сестрами Тюменской области работы превзошел все наши ожидания и оказался грандиозным! Проект «Социальный всеобуч «Гипертония, СТОП!», позволил охватить очень большое количество населения и, тем самым, предотвратить беду. Взвесив внутренне свои силы и возможности, многие из нас приняли для себя четкое решение: «Я смогу!».

Не раздумывая, и я записалась в добровольцы и сразу же привлекла к полезному делу своих коллег. В начале «большого пути» опытные инструкторы и преподаватель Тюменского медицинского университета провели с нами обучение по вопросам первичной профилактики гипертонической болезни и признаках острой сердечной недостаточности, таких как инсульт, инфаркт миокарда, внезапная смерть. Мы, со-обща, обсудили алгоритм действий медицинского работника в случае проявления данных осложнений. Также они поделились с нами интересными презентациями, раздали памятки, анкеты, инструкции, формы отчетов.

Так и началась моя волонтерская деятельность. Для начала следовало определиться с перечнем предприятий с массовыми организованными коллективами, где нам предстояло проводить наши занятия, своеобразные уроки добра и заботы о здоровье. Начав проведение всеобуча с администрации поселка, нам сразу удалось одновременно собрать весь коллектив. Решено было заранее распределить обязанности между добровольцами.

Одна группа волонтеров проводила измерение АД, другие рассказывали о проблеме, демонстрируя презентацию, третьи – участвовали в проведении мастер-классов, где пошагово обучали людей правильному измерению АД. В конце занятия любой желающий имел возможность задать интересующий его вопрос.

Люди были приятно удивлены тем фактом, что медицинские сестры могут на простом доступном языке, исключая непонятную медицинскую терминологию, рассказывать о гипертонии важные вещи. Многие из услышанного заставило их серьезно задуматься. Слушатели отметили, что врачу, проводящему прием пациентов, зачастую попросту не хватает времени на подобного рода пояснения и рекомендации. Благодаря нашему участию удалось впервые выявить повышенное артериальное давление у 40-летнего мужчины, который не мог самостоятельно дифференцировать частые головные боли. В настоящее время он наблюдается у участкового терапевта.

Первые весомые результаты очень нас вдохновили и воодушевили, а добрые отзывы позволили утвердиться в правильности нашего большого дела. А дальше последовали детские дошкольные и школьные образовательные организации, магазины, птицефабрика, госучреждения и АЗС, МЧС, ДК, ЖЭУ, где нас стали с нетерпением ждать. Мы уже не могли не оправдать доверие жителей, которые ждали нас – медицинских сестер. Каждая пятница была заранее распланирована.



Первое занятие со школьниками частично не оправдало наши ожидания и было скучновато для ребят. Но, не привыкнув отступать, решили чуть-чуть поменять свою тактику. Обучив для занятий со школьниками молодого специалиста – медицинскую сестру, близкую по возрасту аудитории слушателей, мы смогли «убить двух зайцев». Завладев вниманием школьников, смогли донести до них простые и непреложные истины: о своем здоровье необходимо заботиться с юного возраста, здоровье родителей и пожилых бабушек и дедушек может также зависеть от них. Мы предложили им стать в семье «Дежурным по здоровью», настоятельно напоминая родным и близким людям, склонным к забывчивости, не реже 2 раз в день измерять артериальное давление, принимать гипотензивные препараты. Так, правильная тактика медицинских работников позволила заинтересовать ребят, а в дальнейшем охотно участвовать в нашей просветительской акции.

Пожилые люди – очень благодарная аудитория, поэтому нам всем очень понравилось работать и обучать Совет ветеранов поселка. А они, в свою очередь, предложили проводить учебные занятия среди их родственников и знакомых на базе поликлиники. Это была наша победа. Мы поняли, что стали востребо-

ваны, в нас нуждаются, нам доверяют. Каждое воскресенье нами на протяжении ряда месяцев проводятся занятия с пациентами на базе терапевтического стационара.

Отработав тактику по обучению, мы стали выходить в супермаркеты. Последний раз всеобщее про- водили в ТЦ «Магнит». Люди подходили поначалу из любопытства, стесняясь, не доверяя. Сначала наблюдали за нашей работой со стороны, а уже немного погодя оказывали нам восторг доверия. В нас стали видеть друзей, людей, которые желают им добра. Задавая вопросы индивидуально или при массовом общении, жители поселка уходили довольные, найдя ответы на свои вопросы.

Наша команда добровольцев постоянно совершенствуется, и сегодня практически каждый член команды может рассказать о профилактике и последствиях повышенного артериального давления, обучить правильному измерению артериального давления, провести индивидуальные беседы и ответить на вопросы. Все чаще после посещений ловлю себя на мысли, что я получаю от

общения с людьми, от возможности быть им полезной гораздо больше, чем мне удастся дать. Особенно эти мысли приходят ко мне после прочтения положительных отзывов участников. Восторг и радость от возможности быть собой и нести пользу обществу доставляет истинное удовольствие.

Вместе с тем я получаю огромный опыт организаторской работы, стремлюсь к получению новых знаний, учусь смотреть на жизнь с оптимизмом, тренирую в себе лидерские качества и проявляю себя не только как хороший специалист, профессионал, но и достойный член общества.

Сейчас я четко понимаю, что из-за плохой информированности, отсутствия мотивации люди почти не следят за своим здоровьем. И если я смогу убедить хотя бы одного человека в день начать постоянно контролировать свое артериальное давление и заниматься профилактикой артериальной гипертензии, то можно считать, что все не зря – потраченное свободное время, энергия. А возможно даже, благодаря этому благородному делу будет спасена чья-то жизнь!

Если я смогу убедить хотя бы одного человека в день контролировать свое артериальное давление и заниматься профилактикой гипертензии, то время будет потрачено не зря



МЕТОДИЧЕСКАЯ ЛИТЕРАТУРА АССОЦИАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ



Подробная информация о методической литературе Ассоциации и способах приобретения доступна на сайте РАМС www.medsestre.ru в разделе: Информационные ресурсы Литература

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

Справки по телефону Ассоциации: 8 (812) 575-80-51

Заявки можно направлять на электронную почту: julia@medsestre.ru



КАК ВСТУПИТЬ В НМО?

В активе РАМС:

- более 100 аккредитованных мероприятий
- более 30 000 участников

С 1 января система непрерывного медицинского образования (НМО) будет открыта для всех медицинских работников. Теперь каждый из вас имеет возможность строить траекторию своего профессионального развития и получать те знания, которые именно для вас наиболее актуальны, интересны и отвечают профессиональным задачам. Основными ресурсами для участника НМО являются порталы непрерывного медицинского образования.

Первый ресурс – edu.rosminzdrav.ru, – это портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования. Здесь размещаются аккредитованные в системе НМО короткие образовательные программы, специалист может создавать индивидуальный план обучения, самостоятельно выбирая для него как программы, так и образовательные мероприятия.

Второй ресурс – www.sovetnmo.ru, – это сайт Координационного совета по развитию непрерывного образования. Здесь ведется работа по образовательным мероприятиям – конференциям, семинарам, вебинарам, которые также могут быть включены в ваш индивидуальный план повышения квалификации.

Напомним, что ежегодно вам предстоит набирать 50 кредитов (часов) образовательной деятельности, из которых 36 часов необходимо получить за счет образовательных программ и 14 – за счет образовательных мероприятий.

Итак, чтобы стать участником НМО, необходимо выполнить несколько простых действий:

1. Зарегистрируйте личный кабинет на портале edu.rosminzdrav.ru (необходим СНИЛС и личный электронный почтовый ящик. Помните, все данные следует вводить без ошибок).

2. Для завершения регистрации пройдите по ссылке, которая поступит на ваш электронный адрес, воспользуйтесь для входа на портал предоставленными вам логином и паролем.

3. Из личного кабинета портала edu.rosminzdrav.ru войдите на второй портал – www.sovetnmo.ru, где также необходимо создать личный кабинет.

4. Синхронизируйте записи согласно имеющимся на порталах инструкциям.

В личном кабинете внесите данные о своей специальности, имеющемся сертификате или свидетельстве об аккредитации. Введите при регистрации специальности по всем сертификатам, которые имеете на данный момент.

После этого вам будет доступен выбор образовательных программ и образовательных мероприятий.

Помните, что внесения программы или мероприятия в свой план на порталах недостаточно для участия! Провайдер каждой программы или мероприятия – это организация, осуществляющая свою деятельность независимо от названных порталов. Для участия в каждой программе и каждом мероприятии потребуется регистрация на сайте его организаторов.

Портал постепенно наполнится программами для работников со средним специальным образованием. Зарегистрировав личный кабинет, вы будете в курсе новых программ и мероприятий по своей специальности.

ВНИМАНИЕ!
Ассоциация регулярно проводит мероприятия, аккредитованные в системе НМО на льготных для своих членов условиях. Следите за информацией в нашей группе «ВКонтакте» и на веб сайте РАМС
Группа «ВКонтакте»: vk.com/medsestre
Сайт РАМС: www.medsestre.ru



МОЛОДЫЕ СПЕЦИАЛИСТЫ – ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ

НАСТАВНИКИ И МОЛОДЫЕ СПЕЦИАЛИСТЫ ВСТРЕТИЛИСЬ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

■ Серебrenникова Н.В.

Директор по международному
сотрудничеству, РАМС,
канд. полит. наук

Встречи профессионалов сестринского дела в Санкт-Петербурге давно стали традиционными. Практически ежегодно здесь, в городе, где расположена штаб-квартира РАМС, проходят крупные конференции и конгрессы. Специалисты встречаются, обмениваются опытом, говорят о набравшем. И каждый раз сетуют – недостаточно в наших рядах молодых, тех, у кого глаза горят, тех, кому предстоит принять ответственность за будущее профессии на себя, причем в самой ближайшей перспективе. Сказано – сделано. По результатам встречи Правления РАМС, состоявшейся в декабре 2017 года, ключевым событием 2018 года стал молодежный форум. Подготовка велась целый год, потому что всем хотелось наполнить это мероприятие самым интересным содержанием, дать молодым такой заряд энергии и знаний, которого с лихвой хватит на построение своей карьеры.

Организаторы немало поволновались. Каждый предложенный симпозиум проходил тщательную проверку – вопросы о том, будет ли это интересно молодежи, не давали покоя ни днем, ни ночью. Волнения и переживания не пропали даром – каждый симпозиум нес свою частичку знаний, а гонки по коридорам конгресс-центра подтверждали – программа составлена на отлично!

Так уж вышло, что Ассоциация, отметившая в прошлом году 25-летие, является ровесником сегодняшних молодых специалистов. «Вы учились ходить – и мы вставали на ноги, вы учились говорить – и мы учились высказывать свое мнение», открывая форум, сказал Валерий Самойленко, исполнительный директор организации. За прошедшие годы Ассоциация приобрела ценный опыт – научилась строить общественную работу, создавать важные профессиональные документы, проводить конференции и конгрессы – ведь когда-то такого обилия мероприятий не было, а любая встреча медицинских сестер казалась событием века, отметила в своем выступлении Татьяна Зорина, вице-президент РАМС.

А еще участники рассмотрели перспективы развития волонтерства, вопросы расширения сестринской практики – в мире и в России, задачи развития практики акушерки и фельдшера, ответили на вопрос о том, что такое НМО (непрерывное медицинское образование), доказательная практика и как предотвратить развитие профессионального стресса.

Далее работа велась параллельно в 8 разных аудиториях, где за два дня прошло 24 разных симпозиума и мастер-класса! Обо всем рассказать, увы, невозможно, ведь нам и самим было не разорваться между залами и интереснейшими спикерами, но интерес участников был поистине колоссальным!

Где, как не на форуме, обсуждая модели наставничества, молодые специалисты могли поделиться горьким опытом, а региональные ассоциации осознать и принять на вооружение новые идеи и взгляды? Традиционно наставниками для молодежи назначают наиболее опытных специалистов с большим стажем работы. Но, увы, сами наставники иногда не владеют теми технологиями, которые должна освоить моло-

дежь. Более того, наставники с большим жизненным опытом за годы работы успели накопить немало негатива. Работа связана с большим стрессом, медицинская сестра всегда и всем должна... и вот, к моменту встречи со стажером опытная медсестра – это специалист, страдающий от синдрома профессионального выгорания. Получив в свои руки молодого и неокрепшего духом новичка, опытная сестра передает не только позитивный профессиональный опыт, но и опыт жизненный, опыт проблем, негатива и таких серых будней, что за короткий срок в корне меняет боевой настрой молодых сестер, заражая неверием и безысходностью. Итог и рекомендации симпозиума однозначны – опыт должны передавать те, кто его уже приобрел, но максимально близок по духу, а это специалисты со стажем пять–десять лет, не более.

Стресс и профессиональное выгорание входят в жизнь медицинской сестры практически с первых дней работы. И это понятно. Работа ведется с людьми априори взвинченными, находящимися в руках болезни, не вполне и не всегда адекватно реагирующими на реалии медицинской организации, но освоившими единственную истину – «пациент всегда прав». Как превратить таких пациентов в союзников, как организовать лечебный процесс с минимальными потерями нервов для себя и своих коллег, как преодолеть тягостное взаимодействие со своими же коллегами, которые не стесняются изливаться свои беды на головы окружающих изо дня в день?

Все эти вопросы участники Форума не просто обсудили с опытными педагогами, психологами и психиатрами, а проиграли в виде сценок, погружившись в атмосферу виртуальной медицинской организации. За каждой такой сценкой следовал тщательный «разбор полетов» – в чем была ошибка медсестры или регистратора, как могла организовать работу старшая медсестра во избежание лишних стрессов, как коллеги могли «подстраховывать» в сложной ситуации, в которой может оказаться каждый.

За ходом этого мастер-класса от Омской ассоциации, великолепно организованного и проведенного профессором, д-ром мед. наук Дмитрием Четвериковым и психологом Центра повышения квалификации Екатериной Плеховой, тщательно следила гостья

«Дорогие коллеги, спасибо вам огромное! Какое счастье быть вместе с вами, иметь возможность учиться новому и ощущать поддержку. Мы столкнулись с невероятными проблемами, люди испытывают тяжелейший стресс, многие потеряли близких и поиски невозможны. Но надежда на лучшие времена живет в нас благодаря совместной работе с вами!», – Татьяна Ёжикова, главный специалист по сестринскому делу ДНР, член РАМС

из Финляндии, Тейя Корхонен, директор департамента профессиональной практики Ассоциации медсестер Финляндии с огромным опытом работы

в психиатрии: «Замечательный мастер-класс! Узнаваемые ситуации и отличный тренинг навыков работы с пациентами и взаимодействия с коллегами для сохранения собственного эмоционального состояния. Этими навыками должна владеть каждая медсестра вне зависимости от места работы», отметила наша коллега.

Тем временем и в других залах конгресс-центра не было свободных мест. Где-то участники обсуждали вопросы аккредитации и непрерывного медицинского образования. С самого начала карьеры специалистам следует разобраться в тех нововведениях, свидетелями которых им довелось стать на заре своей практической деятельности. Зная основы формирующейся системы, лидеры, активная молодежь, будут не только лучше ориентироваться в новом образовательном пространстве, но и своим коллегам будут рассказывать, показывать, передавать эти ценные сведения о новых подходах к приобретению знаний. Уже более двух лет РАМС проводит аккредитованные образовательные мероприятия (исключением не стал и молодежный форум), наращивает возможности для дистанционного обучения специалистов. Серии вебинаров существенно расширили круг слушателей – образовательные кредиты можно получать, находясь за тысячи километров и слушая лекции специалистов, очная встреча с которыми была бы едва ли возможна! Учеба требует времени и усилий, но молодым – и море по колено!

А пока запасы энергии надо куда-то тратить, Ассоциации и волонтерские движения могут предложить важные направления – это и повышение медицинской грамотности населения, и профилактические массовые акции, приуроченные к дням борьбы с различными недугами, и мероприятия в поддержку самых маленьких пациентов, госпитализированных на длительный срок. В этих вопросах участникам помог замечательный мастер-класс, организованный Ивановской ассоциацией медицинских сестер.

А по соседству шла сложная и захватывающая дискуссия на тему медицинской этики. Ведущие семинара – Олеся Кропачева и Юлия Агапова предложили участникам рассмотреть ситуа-



ции, с которыми на практике сталкиваются медицинские сестры и акушерки, ситуации, которые впоследствии пациенты обсуждают на многочисленных форумах, указывая на невнимание к ним персонала. Выверенные и профессиональные действия в общении с каждым пациентом – залог высокой репутации не только конкретного специалиста, но и профессии в целом. Один из способов обретения таких знаний – знакомство с ошибками прошлого, использование их для проведения тренингов с персоналом и студентами. При этом важно всегда помнить – коммуникация с пациентом и его близкими это не лишняя трата времени, а вклад в лечение, добрая половина работы медицинской сестры!

Какая захватывающе сложная профессия! Пребывая в состоянии постоянного стресса, важно отдавать себе отчет не только в каждом слове, но и в каждом действии. Здесь требуется 100 %-ная концентрация внимания, а риски профессиональных ошибок так высоки. Чтобы разобраться в этих животрепещущих вопросах, Ассоциация медицинских сестер Кузбасса предложила провести в рамках конгресса мини-семинар. По приглашению ассоциации ее ведущей стала Татьяна Юрьевна Грачева, профессор, д-р мед. наук, зав. кафедрой медицинского права КГМУ. Сегодня медицинские сестры должны следить буквально за всем, что происходит в стенах медицинской организации. Неисправное оборудование, некачественные расходные материалы, фальсифицированные медикаменты – все что угодно может нанести пациенту вред, отвечать за который придется по всем статьям. Участники разобрали понятие служебного расследования. Это важный элемент работы. Лучше разобраться в каждой ситуации досконально и постараться не довести дело до суда. Ре-

путационные потери могут оказаться необратимыми!

Немалая часть симпозиумов и мастер-классов была посвящена практическим навыкам. Елена Евсеева, автор новой редакции руководства по периферическому венозному доступу, представила те изменения, которые были внесены в документ. Теперь он стал гораздо более детальным, описывающим основания для тех или иных действий медицинской сестры, с тем чтобы специалист не только мог выполнить одну из самых распространенных манипуляций верно, но и понимал весь ее ход, вероятные риски и осложнения.

Профессор Иракли Зурабович



«На конгрессе была возможность не только позаимствовать чей-то опыт, но и поделиться своим. В нашей больнице есть такие практики, которые не применяются в других клиниках. Интересно было послушать и иностранных коллег. Здорово, что в России есть к чему стремиться. Посетив мастер-класс по бесконтактному забору крови, узнала немало полезного, в частности, как надежнее обезопасить себя и пациента от инфицирования гепатитом и ВИЧ, ведь каждый медработник подвержен риску. Очень интересным был семинар по правовым вопросам. Хотелось бы побольше подобных форумов, рассчитанных именно на молодых. Кстати, мы сюда приехали по приглашению: писали эссе как молодые специалисты», – Анастасия Жирнова, медсестра инфекционного отделения ДГКБ им. З.А. Башляевой, г. Москва.



Китиашвили провел сразу два мастер-класса. В первом рассказал о роли медсестры в коррекции белково-энергетической недостаточности у пациентов отделений реанимации и интенсивной

терапии, во втором – об обеспечении внутрикостного доступа на догоспитальном этапе; для медицинских сестер, фельдшеров темы оказались исключительно востребованными.

Здоровый образ жизни – казалось бы, ничего нового, но нет, организаторы семинара постарались и представили участникам самые современные рекомендации по продвижению трезвого образа жизни и отказу от табакокурения, ведению антиалкогольных кампаний, тестированию учащихся на потребление наркотических средств.

Обладая такими глубокими знаниями, молодые специалисты заинтересованы в том, чтобы расти и развиваться далее. Каковы возможности построения карьеры в сестринском деле? Есть ли куда двигаться? И об этом участникам форума успели рассказать в ходе одного из интереснейших симпозиумов, проведенных в сотрудничестве с НОЧУ ДПО «Высшая медицинская школа». Замечательно, что в нашу жизнь входит понимание того, что лидеров надо воспитывать. Кризис лидерства – сложный момент, когда никому не хочется брать на себя лишнюю ответственность, когда человек не готов выйти из тени, даже имея для этого все данные. На такие аспекты личного роста и развития и обратили внимание слушателей специалисты Высшей медицинской школы.

Учиться можно не только всему, но и везде. Пожалуй, никто из собравшихся на семинаре, посвященном расширению роли специалиста, не ожидал, что в соседней Финляндии получить высшее сестринское образование может любой желающий. Одно, нет, точнее два условия должны быть соблюдены – успешная сдача экзаменов и знание финского языка. Архисложно, но при желании – достижимо! А поу-





читься в Финляндии есть чему. Будучи членом ЕС, страна привела свою систему образования в соответствие общеевропейским директивам. Среднее образование осталось для практических сестер, которые не выполняют сложных медицинских манипуляций, работают в домах сестринского ухода или в качестве помощников профессиональной сестры. Стать медсестрой можно только через бакалавриат, подняться на ступеньку выше – через магистратуру, более высокий уровень аспирантуры также доступен. И такие сестры востребованы, в сравнительно небольшой Финляндии 400 медицинских сестер – кандидаты наук. Они работают в качестве руководителей сестринских служб крупных клиник, в научно-исследовательских объединениях, в правительстве. Для наших коллег вполне естественным фактом является то, что несколько членов Парламента, равно как и его председатель – медицинские сестры... исключением не является и министр здравоохранения!

Такое движение медсестер в политику в социально-ориентированном государстве – явление вполне оправданное. Кто, как не медицинская сестра, понимает весь комплекс проблем, возникающих перед пациентом и его близкими. И медсестра знает, что нужно сделать, чтобы эти проблемы преодолеть – и на уровне своего отделения, и на уровне всей страны.

Вопросы к спикеру так и сыпались, постепенно приближаясь к главному – может ли российская медсестра попасть в Финляндию? И с каждым ответом удивление нарастало, потому что положительные ответы явно преобладали. Дело в том, что в стране с относительно высоким уровнем жизни складываются тяжелые демографические показатели. Доля пожилого населения растет, а молодежи не прибавляется. Когда медицинской помощи нужно все больше и больше, а сестер взять негде,

Финляндия открывает вакансии для международного рекрутинга. Поэтому через правительственные сайты можно найти предложения по трудоустройству и, если не сразу, то получив небольшой опыт работы в качестве ассистента

«Я под огромным впечатлением, не ожидала, что здесь мне будет теплее, чем у себя дома. Да, мы тоже проводим конференции, но, к сожалению, ограничиваемся порой слишком сухими научными докладами, которые не позволяют в полной мере передать опыт и знания. А здесь, на Форуме РАМС, я ощутила огромную любовь к сестринской профессии и уверена в ваших больших перспективах. Сестринские исследования, с которыми мне довелось здесь познакомиться, выполнены на высочайшем мировом уровне!», – Тейя Корхонен, директор по развитию профессиональной практики, Ассоциация медсестер Финляндии

или младшей сестры, стать медицинской сестрой зарегистрированной.

Полномочия действительно широкие. Медсестра общественного здравоохранения ведет пациентов с хроническими заболеваниями, ведет беременность у женщин с низким риском, работает в центре здоровья детей – а это все наблюдение за детьми в течение первых пяти лет... и медицинская сестра имеет право назначения лекарственных препаратов. В Финляндии оно пока сильно ограничено, но остановить прогресс невозможно, да и пациенты заинтересованы в скорейшем получении необходимых рецептов.

Многое из сказанного было удивительным, но по завершению первой части симпозиума пора удивляться наступила уже для нашей финской гостыи. Поделиться опытом расширения практики и опытом сестринских иссле-

дований предстояло медицинским сестрам Москвы. Галина Борисовна Плетминцева сделала краткое вступление, объяснив собравшимся смысл понятия «Московский стандарт поликлиники», а ее коллеги наглядно продемонстрировали, что удалось сделать благодаря новым подходам к организации помощи. А это и единообразие к организации всех пространств и помещений, и отказ от традиционной регистратуры, более открытое общение с пациентом и координация получения им помощи. Исследования, представленные специалистами, были посвящены уходу за пациентами отделений интенсивной терапии, применению новых средств ухода, их клинической и экономической эффективности. Не будем забегать вперед, так как уверены, что опубликуем эти исследования в одном из предстоящих выпусков «Вестника», но отметим сразу, что работы заслужили самые высокие оценки со стороны европейских коллег!

Воодушевленные, наперебой рассказывающие друг другу об услышанном на симпозиумах и мастер-классах, участники форума собрались в зале пленарных заседаний для участия в торжественной церемонии закрытия. Причем многим предстояло не только слушать, но и быть услышанными. Впервые на всероссийском мероприятии концерт был подготовлен силами самих медицинских сестер. Восторгом участников не было предела – золотые голоса Астрахани, Омска, Ленинградской области так восхитили публику и профессиональных ведущих, что впору было объявлять: Всероссийскому шоу «Голос медицинской сестры» – быть. Концертные номера стали прекрасным подарком для лучших молодых специалистов России – победителей конкурса РАМС, итоги которого были подведены как раз накануне Форума. Награждены были не только молодые, но и опытные герои профес-



сии – наставники, которые успели не только на славу поработать, но и вырастили достойную смену!

«В ближайшем будущем именно вам предстоит принять от нас эстафету дальнейшей работы, стать настоящими лидерами в защите интересов медицинских сестер, фельдшеров, акушеров, лаборантов, – обратилась к присутствующей молодежи В. Саркисова. – Сегодня не время для пассивного пребывания в профессии в качестве

стороннего наблюдателя. Если вы разделяете позицию РАМС, то надо вместе работать над достижением цели. Мы много сделали для повышения статуса профессии на национальном и европейском уровне, но от вас тоже нужна отдача – на уровне местном и региональном. Чтобы даже в самых далеких уголках России не осталось бы таких руководителей здравоохранения, которые считают сестринское дело не приоритетным. Вы возвращае-

тесь домой одухотворенные. Хотелось бы, чтобы ваши желания не угасли. Не останавливайтесь, двигайтесь вперед».

Жизненные профессиональные напутствия от президента РАМС – Валентины Антоновны, совместная фотография на память – душевно и в атмосфере взаимной поддержки и праздника участники грандиозного мероприятия прощались, чтобы обязательно встретиться вновь!

Центр «Радуга» как пример реализации модели непрерывного сопровождения акушеркой в России



■ Агапова Ю.В.

Акушерка ФГБОУВО «СПбГПМУ», преподаватель СПбГБПОУ «Акушерский колледж», член секции РАМС «Акушерское дело», г. Санкт-Петербург



■ Шендерова Л.Е.

Старшая акушерка отделения «Радуга» роддома № 6 им. Проф. В.Ф. Снегирева, Санкт-Петербург

и послеродовом периоде. Сколько и какие специалисты будут рядом на данном этапе, зависит не только от желания беременной, роженицы, родильницы, но и от социальных, юридических, экономических возможностей служб охраны материнства и детства. Также немаловажную роль в решении этого вопроса играют географическое расположение страны и местные традиции. Иногда на родах присутствует только «традиционная акушерка» – повитуха, не имеющая медицинского образования (например, страны Африки). В некоторых странах Европы, в США, Австралии одновременно может существовать несколько вариантов оказания помощи женщине в родах. Чаще ведущим специалистом становится врач акушер-гинеколог (единственная легитимная модель оказания акушерской помощи в России). Зачастую обязанности и ответственность распределяются в равной степени между врачом и акушеркой. В некоторых странах при ведении физиологической беременности, родов и неосложненного послеродового периода вся работа и ответственность ложится на акушера женской консультации, и после

поступления в родовспомогательное учреждение – акушера родильного дома (пример – страны Прибалтики). Данный вид оказания помощи женщине, плоду и новорожденному подразумевает подключение врача акушера-гинеколога, педиатра и других специалистов при возникновении осложнений. Но существует еще одна модель акушерской помощи, называемая в иностранных литературных источниках «midwife-led model of continuity of care» или «модель непрерывного сопровождения акушеркой» – именно здесь акушерка является ведущим специалистом, оказывающим помощь женщине с момента постановки на учет по беременности, в родах и в послеродовом периоде.

Данная модель подразумевает ведение беременности, родов и послеродового периода акушеркой или группой акушеров, объединенных общей идеей и принципами работы. Данный вариант работы не подразумевает передачи женщины из женской консультации в родильный дом. Беременность, роды и послеродовый период ведется в одном и том же учреждении (родильном центре), который распола-

На сегодняшний день в мире существует множество моделей оказания помощи женщине в течение беременности, в родах

гается не далее 10–15 минут езды от больницы или родильного дома. Первая попытка описать вид помощи, основанный на непрерывности сопровождения, была предпринята в 1988 году Flint C. в статье «Know your midwife» («Знай свою акушерку»).

В начале 2000-х эффективностью модели заинтересовались исследователи Кокрейновского сотрудничества, и в 2004 году был опубликован протокол, а в 2008-м – первый обзор по данной теме. Последние дополнения внесены 28 апреля 2016 года. В обзор вошли 15 рандомизированных исследований, включая исследования с использованием методов индивидуальной или кластерной рандомизации, проведенных в Австралии, Канаде, Ирландии и Соединенном Королевстве, в которых приняли участие 17 674 женщины. Результаты показали, что при использовании модели непрерывного сопровождения акушеркой, вероятность применения в родах региональной анальгезии ниже на 15 %, вероятность родов с использованием акушерских щипцов и вакуум-экстрактора ниже на 10 %, веро-

роятность преждевременных родов ниже на 24 %. Не было выявлено статистически значимых различий по числу оперативных родов (путем операции кесарева сечения), использования ок-

ситоцина с целью усиления родовой деятельности, послеродовых кровотечений, индукции родов, оценки по шкале Апгар на 5 минуте, нахождения в стационаре после родов, а также по числу госпитализаций новорожденных в детскую больницу. По результатам исследования специалисты рекомендовали модель непрерывного сопровождения как основную при оказания акушерской помощи женщинам с физиологическим течением беременности и родов.

В Санкт-Петербурге модель непрерывного сопровождения акушеркой реализуется на базе Центра «Радуга» родильного дома № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева. В 1996 году отделение было организовано акушеркой Ири-

ной Иванович в родильном доме № 15 как альтернатива существующей модели акушерской помощи. Акушерки «Радуги» занимаются подготовкой беременных и их семей к родам, ведением беременности параллельно с женской консультацией, принимают роды, работают с родильницами и новорожденными на послеродовом этапе. В отделении работает 4 акушерки (2 из них имеют высшее сестринское образование), ведущих занятия, принимающих роды, и 3 акушерки, ведущих лекции и работающих с родильницами и новорожденными, но не принимающих роды. Заведующий отделением проводит консультации во время беременности и наблюдение за родильницами в послеродовом периоде. Роды ведет доктор из дежурной бригады родильного отделения и неонатолог родильного дома. По необходимости могут быть задействованы любые отделения и службы родовспомогательного учреждения.

Акушерками отделения «Радуга» была разработана «Семейная анкета», в которую подробно вносится семей-

ный анамнез, сведения о состоянии здоровья беременной женщины (соматический и акушерско-гинекологический анамнез), лабораторные данные и данные динамического наблюдения за женщиной

во время беременности. Позже в карту заносится история родов и послеродового периода, что позволяет при повторном обращении в Центр более

точно восстановить картину протекания предыдущей беременности и родов. Данная анкета может служить прообразом сестринской истории динамического наблюдения.

Отделение создавалось по зарубежным аналогам, но, поскольку современное законодательство не позволяет акушерке работать самостоятельно, были приняты следующие принципы работы:

- Беременная записывается на заня-

За время подготовки (12–15 недель) между беременной и акушеркой складываются взаимоотношения, позволяющие создать женщине максимальный комфорт в родах.

тия в группу на сроке 18–30 недель беременности (посещение всего теоретического курса обязательно). Курс состоит из 12 лекций по физиологии беременности, родов и послеродового периода. Также в цикл включены занятия по возможным медицинским вмешательствам, адаптации новорожденного, налаживанию грудного вскармливания, послеродовой контрацепции и многое другое.

- Ежедневно при отсутствии противопоказаний беременная посещает занятия в бассейне и сауну.

• Врач осматривает беременную в течение беременности 3–4 раза (перед началом занятий, в 36 недель для заключения договора на роды при отсутствии противопоказаний и в 40 недель беременности – для определения дальнейшей тактики).

- Беременная наблюдается в ж/к и параллельно акушеркой, у которой посещает занятия.





• В случае возникновения осложнений в течении беременности проводится консультирование заведующим отделением. Возможна госпитализация на родовое отделение родильного дома.

• Роды проходят в специально оборудованном родильном зале, как правило, с акушеркой, которая наблюдала женщину во время беременности. За время подготовки (12–15 недель) между беременной и акушеркой складываются взаимоотношения, позволяющие создать женщине максимальный комфорт в родах. Параллельно с акушеркой роды ведет доктор из дежурной бригады родильного отделения. Обязательно присутствие педиатра на родах.

• В первом периоде родов широко используются водные процедуры.

• Если позволяет акушерская ситуация, второй период родов проводится в удобной для роженицы позе – на боку, короточках, на четвереньках, на спине.

• По возможности роды и послеродовый период проводятся с минимальным использованием медикаментов и медицинских манипуляций.

• Наблюдение за родильницей в послеродовом периоде осуществляется заведующим отделением, за новорожденным – педиатром родильного дома.

• Акушерками отделения осуществляется патронаж на дому после выписки мамы и ребенка.

• Ведение беременности, роды и ведение послеродового периода, как правило, проводится одной и той же акушеркой.

Показателем эффективности данного принципа оказания акушерской помощи являются итоги работы действующей структуры в отделении «Радуга». С осени 1996 года в Центре

было принято 5542 родов (на 31.12.2017). Оперативные роды (К/С) составили 7,1 % (389 родов путем операции кесарева сечения). Из них 95 (24,4 %) было плановых. Вакуум-экстракция плода применялась 12 раз (0,2 %), акушерские щипцы 5 раз (0,09 % от общего количества принятых родов). Стимуляция родовой деятельности с помощью окситоцина использовалась в 297 (5,4 % от общего числа принятых родов) родах.

Преждевременных родов в отделении было 97 (1,8 % от количества принятых родов). Максимальный вес новорожденного составил 5040 г, минимальный вес новорожденного – 1250 г.

Повторных родов (то есть двое детей родилось в отделении) в Центре было 890, трое родов в Центре – 149, четверо родов в Центре – 21, пятеро родов в Центре – 4. Большое число повторных родов может говорить о высоком уровне удовлетворенности женщин акушерской помощью в отделении.

Выбор женщиной позиции при рождении ребенка (при отсутствии противопоказаний) является неотъемлемым правилом работы отделения. Только 280 родов было проведено в классической позе на кровати Рахманова, что составило 5,1 % от количества родов, принятых в отделении. Остальные роды произошли на боку, в вертикальном положении, сидя на специальном родильном стульчике, в коленно-локтевом положении.

За все годы работы Центра госпитализирован был 101 новорожденный,

было принято 27 детей с врожденными пороками развития.

О высоком уровне ведения психопрофилактической работы с беременными женщинами в отделении «Радуга» косвенно может говорить такой показатель, как использование методов обезболивания в родах.

Эпидуральная анестезия по показаниям и по желанию женщины использовалась в 115 случаях, что составило 2,1 % от числа родов, проведенных в Центре. Медикаментозное обезболивание родов применялось в 0,5 % родов в отделении.

Таким образом, результаты работы Центра «Радуга» соотносятся с результатами, полученными специалистами Кокрейна. И в случае благоприятного течения беременности и родов, роды с применением модели непрерывного ведения акушеркой сопровождаются уменьшением неблагоприятных психологических последствий, сокращением объемов родостимуляции, оперативных вмешательств, снижением числа случаев медикаментозного обезболивания.

Полученные данные свидетельствуют о том, что внесение изменений в организацию акушерской помощи в России, основанных на принципах доказательной медицины, мировом и отечественном опыте, адаптация модели непрерывного сопровождения акушеркой к реалиям правового регулирования, позволит не только улучшить исходы беременности и родов, как по медицинским, так и по социально-экономическим показателям, но и повысить удовлетворенность женщины от родов.

Таким образом, результаты работы Центра «Радуга» соотносятся с результатами, полученными специалистами Кокрейна.

Система организации наставничества для специалистов со средним медицинским образованием



Надежда Ивановна ПАХОМОВА

Главная медицинская сестра
поликлиники Многопрофильного
медицинского центра Банка России

Необходимость достижения качественно нового уровня развития медицины очевидна и определена в указах Президента от 7 мая 2012 года и программе «Развитие здравоохранения до 2020 года». В настоящее время в деятельности лечебно-профилактических учреждений России происходят значительные изменения в структуре лечебных учреждений, в технологиях, в организации лечебно-диагностического процесса, в кадровой службе.

Анализ темпов и направлений развития медицины показывает, что перспективные программы развития сестринского дела, принимаемые в странах, являющихся мировыми лидерами, позволяют решать задачи по обеспечению доступной, эффективной и современной медицинской помощи. Новые подходы к развитию сестринского дела должны стать ключом к обеспечению доступной, эффективной и современной медицинской помощи в России, которая приобретает черты персонифицированной, партнерской и сохраняющей качество жизни. В связи с этим повышаются требования к специалистам со средним медицинским образованием. Руководители сестринского персонала осознают необходимость подготовки грамотных специалистов сестринского дела.

В настоящее время для обеспечения максимально эффективного вклада сестринского дела в здравоохранение большая роль отведена непрерывному образованию и наставничеству. В со-



временных условиях выпускник вуза, колледжа должен в максимально короткие сроки адаптироваться в новых для него условиях практической деятельности. Эффективным инструментом вхождения в должность является наставничество.

Существует множество определенных наставничества. Например, наставничество – это неформальный процесс обмена знаниями, социальным опытом и психологическая поддержка, получаемая обучаемым в работе, карьере и профессиональном развитии [1]. Также наставничество определяется как инструмент адаптации, форма взаимодействия более опытного сотрудника – наставника с менее опытным молодым специалистом, осуществляющаяся в целях быстрее овладения должностными обязанностями, приобретения необходимых профессиональных компетенций, приобщения к организационной культуре, формирования высоких нравственных идеалов, чувства долга и ответственности, позитивного отношения к труду, гордости за выбранную профессию [2].

Анализ зарубежных и российский публикации показывает, что наставничество является одним из приоритетных инструментов развития работников во всем мире. Сегодня наставничество заслуживает самого пристального внимания, в нем отражена жизненная необходимость молодого специалиста получить поддержку опытного про-

фессионала, который способен предложить практическую и теоретическую помощь на рабочем месте.

Для обеспечения профессионального становления, развития и адаптации к квалифицированному исполнению должностных обязанностей медицинских сестер в Многопрофильном медицинском центре Банка России (ММЦ) с 2015 года активно внедряется практика наставничества. Целью наставничества является профессиональное становление работника в новых для него условиях, способствующее успешной деятельности соответствующего подразделения и ММЦ в целом.

Посредством наставничества решаются следующие задачи: ускорение процесса профессионального становления медицинских работников, развитие их способности самостоятельно, качественно и ответственно выполнять возложенные функциональные обязанности в соответствии с занимаемой должностью; уменьшение количества возможных ошибок, связанных с освоением должностных обязанностей; содействие в достижении специалистом высокого уровня количественно-качественных показателей эффективности профессиональной деятельности; вхождение специалиста в трудовой коллектив, вовлечение в организационную культуру и традиции медицинской организации; формирование сплоченного грамотного коллектива за счет

включения в адаптационный процесс опытных работников.

Для реализации задач нами создан перечень документов для самостоятельного изучения (локальные правовые акты ММЦ и инструкции по охране труда, порядки и стандарты оказания медицинской помощи, утвержденные приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации; приказы и распоряжения Департамента здравоохранения города Москвы, связанные с профессиональной деятельностью медицинских работников, др.).

К работе в качестве наставников привлекаются профессионально компетентные медицинские сестры, показывающие высокие результаты трудовой деятельности, проявившие способности к воспитательной работе, пользующиеся авторитетом в коллективе, имеющие стаж работы по данной специальности не менее 5 лет, первую или высшую квалификационную категорию.

Наставничество осуществляется в отношении медицинских работников: впервые поступивших на работу в ММЦ; приступивших к работе после продолжительного перерыва (отпуск по уходу за ребенком, служба в армии); назначенных на должность, после профессиональной переподготовки; на-

значенных на вышестоящую должность.

Нами разработаны универсальные планы адаптации персонала по специальностям и направлениям (таблица): индивидуальная программа вхождения в должность медицинской сестры процедурного кабинета; программа медицинской сестры прививочного кабинета; медицинской сестры постовой; фельдшера скорой помощи и т.д.

Практика наставничества в ММЦ – важная часть комплексной программы обучения и адаптации вновь принятых на работу сотрудников. Мы ценим новичков, но вместе с тем очень дорожим опытными профессионалами, стремимся сохранить их опыт и создаем все условия для того, чтобы опытные и грамотные работники делились им с молодежью.

Трёхлетний практический опыт свидетельствует о том, что разработка и внедрение системы наставничества способствует минимизации периода адаптации нового работника к квалифицированному исполнению должностных обязанностей, обеспечивает преемственность сестринского процесса и снижает вероятность ошибок. Вместе с тем требуется корректировка универсальных программ адаптации персонала с целью создания индивидуального плана наставничества для

каждого работника. Определение продолжительности периода наставничества зависит от уровня профессиональной подготовки специалиста.

Практика наставничества помогает сохранить преемственность поколений в ММЦ и поддерживать корпоративную культуру, но требует постоянного совершенствования. Только в этом случае возможно поддержание коллектива с высокопрофессиональными и мотивированными работниками, которые быстро и эффективно адаптируются в условиях, присущих современному этапу развития здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Управление талантами [Электронный ресурс] // Википедия: свободная энцикл. – Электрон. дан. – [Б. м.], 2012. – URL: [http://ru.wikipedia.org/wiki/Управление таланта-ми](http://ru.wikipedia.org/wiki/Управление_таланта-ми) (дата обращения: 20.05.2018).
2. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 29.12.2017 № 955 «Об утверждении Положения об адаптации медицинских работников в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».
3. Кларин М.В. Современное наставничество: новые черты традиционной практики в организациях XXI века // Экономика и образование. 2016. № 5. С. 92–112.

Таблица

ПЛАН ПРОХОЖДЕНИЯ АДАПТАЦИИ В ДОЛЖНОСТИ

Ф. И. О.

медицинской сестры гинекологического отделения поликлиники
планируемый период адаптации в должности с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

1. Организационная часть

Наименование мероприятия / Содержание мероприятия
1.1. Визит в отдел персонала
1.1.1. Получение от кандидата документов для оформления трудовых отношений и их проверка.
1.1.2. Ознакомление с нормативно-правовыми актами, приказами, распоряжениями, инструкциями, положениями и т.п., необходимыми для выполнения должностных обязанностей работника:
1.1.3. Правила внутреннего трудового распорядка работников Многопрофильного медицинского центра
1.1.4. Приказ «О режиме рабочего времени в подразделениях ММЦ»
1.1.5. Приказ «Об учете и контроле вопросов дисциплины труда в ММЦ»
1.1.6. Приказ «О мерах по укреплению пропускного и внутри-объектового режимов в ММЦ»
1.1.7. Должностная инструкция медицинской сестры гинекологического отделения
1.1.8. Положение о гинекологическом отделении ММЦ
1.1.9. Положение о системе оплаты работников ММЦ, о премировании. Особенности направления расчетного листка, информация о зарплатном проекте (зарплатная карта).
1.1.10. Положение «Об обеспечении сохранности конфиденциальных сведений»
1.1.11. Вводный инструктаж по охране труда
1.1.12. Вводный инструктаж по пожарной безопасности и действиям при возникновении чрезвычайных ситуаций
1.1.13. Подписание документов о приеме на работу и выдача работнику его экземпляров
1.1.14. Оформление бейджа работнику
1.1.15. Представление специалиста в структурном подразделении, коллективу поликлиники на конференции
1.2. Установочная встреча с заведующим отделением, старшей медицинской сестрой и наставником
1.2.1. Первичный инструктаж на рабочем месте в соответствии с «Программой первичного инструктажа на рабочем месте», в том числе: Инструктаж по правилам пользования средствами индивидуальной защиты и мерам оказания первой помощи при аварийных ситуациях

Наименование мероприятия / Содержание мероприятия	
1.2.2. Ознакомление с должностными обязанностями, объемом выполняемой работы, квалификационной характеристикой должности, критериями оценки качества работы	
1.2.3. Ознакомление с планом прохождения организационной адаптации	
1.2.4. Ознакомление с организационной культурой МО, существующими традициями непосредственно в структурном подразделении, внутренними принципами и правилами поведения при взаимодействии с руководством, коллегами, пациентами	
1.2.5. Структура и устройство отделения – экскурсия по отделению и подразделениям поликлиники, с которыми взаимодействует отделение гинекологии. Организация труда и взаимодействие специалистов	
1.2.6. Ознакомление с должностными обязанностями медицинской сестры гинекологического отделения на практике посредством наблюдения за работой наставника	
1.3. Решение организационных вопросов	
1.3.1. Оформление пропуска в ММЦ (временный, постоянный)	
1.3.2. Оформление документов на подключение работника к МИС	
1.3.3. Заказ спецодежды	
1.3.4. Подготовка рабочего места (рабочий стол, компьютер, канцелярские принадлежности, телефонный справочник ММЦ и др.)	
1.4. Изучение документов – самообразование	
1.4.1. Номенклатура дел, правила оформления медицинской документации, организационные приказы: в том числе положение о госпитализации в стационар ММЦ, порядок оформления госпитализации	
1.4.2. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»	
1.4.3. Гинекологические заболевания. Сестринский процесс при гинекологических заболеваниях	
1.4.4. Правила безопасной эксплуатации изделий медицинской техники. Изучение инструкций по пользованию медицинского оборудования	
1.4.5. Информационная папка по лекарственному обеспечению	
1.4.6. Информационная папка по санитарно-эпидемиологическому режиму, в том числе: организация системы обращения с медицинскими отходами; изучение инструкций по работе с дезинфекционными средствами, используемых в отделении	
1.4.7. Инструкции по оказанию медицинской помощи в экстренной или неотложной форме (анафилактический шок, экстренная профилактика парентеральных инфекций, помощь при коронарном синдроме, помощь при остром нарушении мозгового кровообращения, помощь при кровотечениях)	
1.4.8. Правила этики и деонтологии в деятельности среднего медицинского персонала. Занятие по презентации «Этические принципы в сестринском деле и здравоохранении»	
1.5. Встреча с заведующим структурным подразделением (по возможности, но не реже одного раза в месяц)	
1.5.1. – получение обратной связи о ходе прохождения организационной адаптации; – корректировка мероприятий (при необходимости); – получение ответов на возникшие вопросы	
1.6. Промежуточные встречи с начальником кадровой службы (1-2 раза за период адаптации)	
1.6.1. – беседа по прошедшему периоду организационной адаптации; – получение ответов на возникшие вопросы	

2. Практическая часть (отработка практических навыков совместно с наставником и оценка их выполнения по следующей шкале: не выполнено – 2, выполнено удовлетворительно – 3, выполнено хорошо – 4, выполнено отлично – 5)

№ п/п	Наименование практического задания (навыки, умения)
2.1.	Профессиональный Стандарт «Санитарное содержание помещений в учреждениях здравоохранения». Подготовка кабинета к работе в соответствии с санитарно-противоэпидемическим режимом в отделении
2.2.	Работа в медицинской информационной системе (МИС (блок I – амбулаторный прием пациентов)
2.3.	Работа в системе МИС (блок II – алгоритм оформления листов нетрудоспособности)
2.4.	Работа в системе МИС (блок III – оформление бланков назначений на исследования, анализы)
2.5.	Работа в системе МИС (блок IV – оформление эпикризов диспансерного наблюдения)
2.6.	Работа в системе МИС (блок V – оформление плановой и экстренной госпитализации)
2.7.	Работа в системе МИС (блок VI – оформление статистического талона приема пациента)
2.8.	Получение лекарственных препаратов, предметов аптечного ассортимента, дезинфекционных средств от старшей медсестры и распределение их на рабочем месте
2.9.	Списание лекарственных препаратов, перевязочных средств и расходных материалов однократного применения на пациента
2.10.	Организация приема пациентов. Работа с пациентами в очереди.
2.11.	Подготовка пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам. Алгоритм оказания доврачебной помощи при состояниях, требующих оказания экстренной помощи
2.12.	Подготовка набора инструментов и расходного материала для проведения медицинских обследований, манипуляций и операций
2.13.	Дезинфекция изделий медицинского назначения однократного применения
2.14.	Дезинфекция и предстерилизационная очистка инструментов многократного применения. Подготовка инструментов для транспортировки в ЦСО
2.15.	Обработка рук перед проведением манипуляции
2.16.	Обработка гинекологического кресла после приема пациентки
2.17.	Приготовление дезинфекционных растворов
2.18.	Проведение текущей и генеральной уборки кабинета
2.19.	Технологии выполнения простых медицинских услуг, манипуляций сестринского ухода «Уход за промежностью и наружными половыми органами у женщин»
2.20.	Техника взятия мазков на микрофлору, онкоцитологию, УГИ, бакпосев
2.21.	Техника обработки шейки матки после лечения CO ₂ лазером и радиохиргическим прибором «Сургитрон»
2.22.	Стандарт проведения влагалищных ванночек, постановка тампонов с лекарственным веществом

3. Завершающие адаптационные мероприятия

№ п/п	Содержание мероприятия
3.1.	Формирование заключения и рекомендаций по итогу прохождения адаптации молодым специалистом и передача их старшей медицинской сестре
3.2.	Итоговая встреча после прохождения адаптации в должности с заведующим структурным подразделением
3.2.1.	Получение и предоставление обратной связи по итогам прохождения адаптации в должности
3.2.2.	Определение и постановка целей и задач на ближайший период
3.3.	Отчет заведующему поликлиникой
3.4.	Оформление документов о результатах прохождения адаптации и передача их в отдел по работе с персоналом
3.5.	Обработка и хранение плана прохождения адаптации в личном деле медицинской сестры



БУДУЩЕЕ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

ИТОГИ СИМПОЗИУМА РАМС, ПРОШЕДШЕГО В РАМКАХ
VII КОНГРЕССА НАЦИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ ФТИЗИАТРОВ



■ **Серебренникова Н.В.**

Директор по международному
сотрудничеству, РАМС,
канд. полит. наук

В эпоху глобальных перемен всем и каждому хочется заглянуть вперед, в будущее. Медицинские сестры фтизиатрической службы не исключение. В ноябре им представилась очередная возможность обсудить свои профессиональные достижения, узнать о новых рекомендациях ВОЗ по преодолению ТБ и обсудить важнейшие вопросы взаимодействия с врачами.

Участниками сестринского симпозиума стали более 120 специалистов из разных уголков России – от Петрозав-

водска до Иркутска и Республики Саха (Якутия) и каждому было о чем рассказать. Предваряя специализированную часть симпозиума, Валентина Антонова Саркисова, президент РАМС, поделилась с коллегами международными и российскими перспективами расширения роли специалистов, рассказала о недавних политических переменах и новых возможностях.

Медицинским сестрам фтизиатрии такие новые возможности отлично знакомы. За десятилетие международного проекта они научились не только использовать имеющиеся, но и создавать новые. Так, если год назад многие впервые услышали о введении эксперимента по видеоконтролируемой терапии ТБ в Томской области, то теперь об особенностях организации ВКЛ рассказывали уже новые регионы – Воронеж, Архангельск, Владимир, Тюмень, Кемерово, Иваново. И в каждом – свои особенности, свои подходы, свои тонкости, связанные с организацией процесса. Но все без исключения специалисты высказывались в поддержку ВКЛ – это

удобнее для пациентов и служит хорошим инструментом мотивации. Больные, которых пока не включили в группу ВКЛ, просят и ждут, стараются соблюдать все требования терапии, чтобы пройти отбор в такую группу. Такое лечение требует кристальной репутации пациента – отсутствие отказов от лечения, перерывов. В группах ВКЛ все соблюдается строго. Это уже подтверждается данными исследований. Так, медицинские сестры Ивановского противотуберкулезного диспансера смогли установить, что в группе ВКЛ отрывы в лечении отсутствовали, в то время как в контрольной группе они составили 27%. Исследование, о результатах которого доложила Самедова Анжела Хутаевна, проводилось в соответствии со всеми требованиями, предъявляемыми к научной работе. В течение 2017 года пациенты, отобранные для участия в проекте, были разделены на экспериментальную и контрольную группы, в контрольной группе лечение было традиционным (ежедневное посещение диспансера для приема препара-

тов), а в экспериментальной была предложена ВКЛ – связь с медицинской сестрой посредством мессенджера «Скайп». Результаты оказались внушительными. Кроме отсутствия отрывов от лечения, пациенты экспериментальной группы продемонстрировали более высокую эффективность лечения (на 8% выше, чем в контрольной группе).

Самое интересное началось по окончании доклада – специалисты активно обменивались опытом и интересовались особенностями организации процесса. Кто является оператором и ведет наблюдение при ВКЛ – медицинская сестра или другой специалист? В какое время осуществляется связь с пациентом – в рабочее или в вечернее? В ряде регионов пришли к необходимости вечерних выходов на связь – многие пациенты работают, и для них, по понятным причинам, выход на связь в рабочее время чреват лишним и нежелательным вниманием коллег.

О новых организационных решениях во фтизиатрии рассказали представители фтизиатрической службы Тюменской области, где был реализован проект «Универсальная медицинская сестра». Мы такого специалиста стали называть универсальным, в зарубежных странах это традиционная схема работы. В отделениях нет отдельных должностей процедурных и перевязочных сестер. Есть просто медицинские сестры – одни работают в день, другие остаются на сутки. Наибольший объем терапии приходится именно на дневное время, и здесь старшая медсестра определяет для каждой группы пациентов, с которыми предстоит работать. Причем количество пациентов, распределенных между специалистами, может и не совпадать – учитывается тяжесть состояния, наличие сопутствующих заболеваний и объем необходимой помощи. Оказалось, что новая система расстановки кадров эффективней, она позволила высвободить ставки, т.е. сэкономить ресурсы. Сейчас другие подразделения Тюменского областного противотуберкулезного диспансера планируют аналогичную реформу.

Обсудили собравшиеся и роль медсестры в профилактике ТБ. Татьяна Кудряшова, медицинская сестра противотуберкулезного кабинета Вельской ЦРБ (Архангельская область) подели-

лась очередными успехами своей работы с представителями администрации района, руководителями образовательных и дошкольных организаций и даже ГИБДД! Сегодня у жителя Вельского района просто нет шансов не узнать о ТБ, его симптомах и мерах профилактики – информационными материалами и приглашением на флюорографию его обязательно обеспечат! Кстати, кампании по отказу от курения с опорой на ГИБДД могут оказаться очень действенной мерой!

А коллеги из Республики Саха (Якутия) представили доклад об использовании традиционной культуры в профилактическом лечении пациентов детского противотуберкулезного санатория. Марианна Илларионова представила красочную презентацию о том, как специалисты изменили меню санатория и ввели национальные блюда, какие физические упражнения и танцы были добавлены в комплексы ЛФК и как для укрепления здоровья можно использовать народный музыкальный инструмент Якутии – хомус.

Подробные рекомендации по ведению больных ТБ с сопутствующими хроническими заболеваниями были представлены тандемом специалистов Санкт-Петербургского НИИФ – Еленой Торкатюк, врачом-фтизиатром и Людмилой Кравцовой, медицинской сестрой отделения торакальной хирургии. Эта тема всегда волнует специалистов, которым на практике приходится сталкиваться с пациентами, имеющими помимо ТБ, МЛУ-ТБ целый букет заболеваний. И здесь важно выбирать приоритеты, ставить достижимые цели, а в процессе лечения – предельно внимательно относиться к реакции разных органов и систем на химиопрепараты, чтобы спасая от ТБ, не нанести пациенту вреда.

Перед участниками симпозиума выступила и Керри Тюдор, руководитель ТБ проекта Международного совета медсестер. Керри входит в состав различных рабочих и экспертных групп, работает вместе с ВОЗ, участвует в обсуждении новых рекомендаций, которые вот-вот будут опубликованы. Подходы к лечению ТБ меняются, взят курс на максимальный отказ от инъекционных препаратов. Схемы лечения МЛУ-ТБ – стандартные, длительностью 18–20 месяцев. Режимы укороченных курсов терапии строго регламентированы



наличием тестов на чувствительность к препаратам и возможностью обеспечить регулярный и тщательный мониторинг побочных эффектов.

Поделилась Керри и информацией о работе наших коллег – в Китае, Замбии, Уганде. В каждой из этих стран бремя ТБ весьма велико, в каждой медицинские сестры заняты совершенствованием практики и внедрением перемен, обусловленных имеющимися ресурсами. Примечательно, что повсеместно медицинские сестры, во-первых, совершенствуют обучение коллег по этой теме, а во-вторых, активно занимаются обучением и дистанционной поддержкой пациентов. В Китае, например, взят на вооружение мессенджер QQ (аналог WhatsApp), с помощью которого пациентов объединяют в группы – с медсестрой, врачом и излечившимися пациентами. Таким образом, вокруг больного создается группа поддержки, в которой одни могут дать профессиональный совет, а другие поддержать морально и вселить веру в победу – ведь у них это уже получилось. Такие группы получили название «Утренний свет» и уже работают в разных провинциях Китая.

В африканских клиниках проблемы иного характера, которые удалось решить с минимальными затратами. В Замбии медбрату удалось договориться о постройке навеса на улице для организации места сбора мокроты вне стен учреждения. Погодные условия сделать это позволяют, так зачем же рисковать, собирая образцы в помещении. В Лесото медицинским сестрам удалось добиться, чтобы скрининг на ТБ и ВИЧ проходили все пациенты, обратившиеся за любой медицинской помощью. Они же обучили своих коллег тому, какие симптомы требуют более пристального внимания. Кроме того, медсестрами был разработан регистр образцов мокроты, взятых на анализ. Клиника ведет такой регистр и сверяется с лабораторией. Усовершенствовав коммуникацию между этими службами, нашим коллегам удалось существенно сократить время на получение



«Утренний свет» – так китайские медсестры назвали специальные группы в мобильном приложении QQ, которые объединяют больных с группой поддержки – врачом, медсестрой и успешно излечившимся пациентом

результатов и идентификацию пациентов, нуждающихся в лечении. В Уганде удалось приблизить пункты лечения ТБ и МЛУ-ТБ к месту проживания пациентов (ранее лечением МЛУ занималась только одна центральная клиника), reорганизовать прием пациентов так, чтобы время ожидания они проводили на свежем воздухе, а пребывание в помещении было максимально снижено.

Специалисты стали использовать приложение WhatsApp для создания групп поддержки.

Из отдаленных стран и регионов участники перенесли поближе к границам России. Любовь Сазанова, главная медицинская сестра филиала ТБ больницы № 1 МСЧ-42 ФСИН, рассказала о поездке в Баку – разумеется, поездке не туристической. Дело в том, что в Баку создан Сотрудничающий центр ВОЗ по проблемам преодоления ТБ в тюрьмах. За несколько лет в стране удалось реализовать грандиозные реформы тюремной медицины. В частности, появилось новое оснащение, новая лаборатория, современная система приточно-вытяжной вентиляции. Все заключенные проходят через скрининг на ТБ при поступлении в учреждение, ежегодно и по своему обращению при наличии жалоб на самочувствие. В ТБ клинике 23 отделения – лечебные, паллиативное, диспансерное. Диагностика ТБ у поступившего больного занимает 5 дней: в понедельник берут анализы, в среду проводится консилиум и назначается лечение тем, у кого ТБ чувствительный, в четверг

консилиум по случаям лекарственно-устойчивого ТБ. Через пять дней пребывания пациенты начинают получать терапию по схемам, рекомендованным ВОЗ. Не оставлены без внимания и те больные, срок пребывания которых в заключении подошел к концу. Они прикрепляются к пунктам лечения, где за каждое посещение и прием лекарственных препаратов предоставляется продуктовый набор. Надо ли говорить, что количество отрывов от лечения сократилось – с 97% до 3%!

Перед участниками симпозиума выступила и Татьяна Федоткина, руководитель специализированной секции РАМС «Сестринское дело во фтизиатрии». Мы вспомнили, как все начиналось – и тогда все действительно было впервые и вновь! Мы первыми осваивали новые принципы работы, оттачивали коммуникацию с пациентами, учились работать с особенно трудными – имеющими зависимость, ведущими асоциальный образ жизни. Мы уже десятилетие назад искали поддержки у волонтерских организаций и фондов, а еще стремились к новой информации, разрабатывали документы, изучали методологию сестринских исследований.

При поддержке проекта нам не единожды удалось побывать на международных форумах и встретиться с коллегами из других стран, и вот уже в который раз мы смогли собраться на большой научной площадке, где вопросы фтизиатрической помощи обсуждают ведущие специалисты здравоохранения. И на этот раз Татьяне Юрьевне была оказана особая честь – впервые доклад медицинской сестры был включен не только в программу сестринского симпозиума, но и в программу главного пленарного заседа-



ния конгресса. Не скроем, всех нас переполняло чувство гордости за пройденный путь! Председатель сессии – Пётр Казимирович Яблонский, руководитель Санкт-Петербургского НИИФ, главный внештатный специалист-торакальный хирург РФ, председатель Национальной ассоциации фтизиатров узнавал о работе медицинских сестер с большим интересом, как и вся врачебная аудитория! Казалось, что в самом зале заседаний стало теплее! А по завершению доклада посыпались

вопросы и даже предложения – в том числе в адрес РАМС о поддержке медицинских сестер, работающих в тюремной медицине. А еще нас буквально атаковали врачи из разных клиник и даже из разных стран. Всем хотелось узнать больше о работе Ассоциации, фтизиатрической секции и обязательно отвезти домой своим медицинским сестрам замечательную литературу по ТБ, разработанную и опубликованную в рамках международного проекта РАМС.

Что ж, проект практически завершен, принес замечательные плоды, укрепил позиции медицинских сестер фтизиатрии, позволил создать целую группу лидеров, каждый из которых работает, развивается, не стоит на месте. А нам очень хочется верить, что несмотря на окончание проекта, по прошествии года медицинские сестры фтизиатрии встретятся на этой площадке вновь – уже при весомой поддержке руководителей своих клиник!

ОСТАНОВИТЬ ТУБЕРКУЛЕЗ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ И ЗАДАЧИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ



Сазанова Л.А.

Главная медицинская сестра, филиал
Туберкулезная больница № 1
Федеральное казенное учреждение
здравоохранения МСЧ-42 ФСИН
России

Одна из задач здравоохранения в рамках недавно принятых целей в области устойчивого развития заключается в том, чтобы к 2030 году покончить с эпидемией

туберкулеза. Не ограничиваясь этим, ВОЗ поставила задачу к 2035 году добиться снижения смертности от туберкулеза на 95 % и снижения заболеваемости туберкулезом на 90 %, что соответствует сегодняшним показателям в странах с низкой заболеваемостью ТБ. Эта задача актуальна для всей системы оказания помощи, особенно для учреждений, входящих в пенитенциарную систему, где статистика заболеваемости значительно выше общих показателей распространенности ТБ.

С тем чтобы укрепить роль медицинской сестры в оказании помощи осужденным с ТБ, МЛУ-ТБ, Ассоциацией медицинских сестер России при поддержке Международного совета медсестер была организована стажировка с целью изучения опыта Азербайджана в ликвидации ТБ в тюрьмах.

На базе пенитенциарной системы Азербайджана в городе Баку создан тренинг-центр ЕРБ ВОЗ для обучения сотрудников учреждений и медицинских работников пенитенциарной системы. 80 представителей из разных стран прошли обучение в тренинг-центре за период с 2012 года.

Международный курс на тему «Совершенствование контроля над ТБ в тюрьмах стран с высоким бременем МЛУ/ШЛУ-ТБ в эпоху новых противотуберкулезных препаратов и режимов лечения» проходил в мае этого года. Такие тренинги проводятся регулярно, и я надеюсь, что стану не единственной медицинской сестрой из России, кому довелось в таком обучении участвовать. Потому что тренинг действительно был проведен на высочайшем уровне!



В качестве преподавателей были приглашены ведущие мировые эксперты в области борьбы с туберкулезом с МЛУ и ШЛУ. Для обучения на тренинг-курс собрались представители России, Белоруссии, Казахстана, Азербайджана, Шри-Ланки, Филиппин и Эль-Сальвадора!

Задачи и направления деятельности ВОЗ, представленные на цикле, созвучны с приоритетными направлениями деятельности МЗ РФ по совершенствованию противотуберкулезных мероприятий: обеспечение политической приверженности, финансирования и руководства для планирования и предоставления основных услуг высокого качества; скрининг для активного выявления больных туберкулезом и латентной ТБ инфекции в группах повышенного риска и обеспечение соответствующего лечения; оптимизация профилактики и лечения туберкулеза с лекарственной устойчивостью; обеспечение наблюдения, мониторинга и оценки программ и управление данными; инвестиции в исследования и новые инструменты; поддержка глобальной профилактики, ухода и контроля туберкулеза.

От обсуждения политических стратегий и задач участники перешли к сугубо практическим вопросам выявления и лечения ТБ, организации скрининга, диагностики, лечения ВИЧ и ТБ, применения новых лекарственных препаратов. За период курса мы посетили лечебно-исправительные учреждения Азербайджана для более де-

тального знакомства с работой по выявлению, диагностике и лечению ТБ.

Выявление и лечение ТБ в пенитенциарной системе Азербайджана и за ее пределами

Бассейн инфекции туберкулеза в пенитенциарной системе складывается из больных туберкулезом, пришедших из гражданского сектора, заболевших в результате трансмиссии ТБ в тюрьмах и активации латентной ТБ инфекции в активный туберкулез. Группы риска по туберкулезу – целевая группа для массового скрининга – это население тюрем и других учреждений, характеризующихся скоплением людей.

Систематический скрининг для выявления активного туберкулеза применяется в ПС Азербайджана с 2012 года. Включает проведение скрининга на входе, массового скрининга и скрининга по обращению. Алгоритм скрининга состоит из симптоматического скрининга и рентгенологического исследования грудной клетки.

Скрининг «на входе» состоит из симптоматического скрининга и рентгенологического исследования грудной клетки. При проведении сим-

птоматического скрининга используется вопросник, который состоит из 4 блоков с информацией о ранее имеющемся заболевании туберкулезом, принимаемом лечении, о жалобах пациента. По результатам опроса врачом оценивается риск заболевания. Всех подозрительных на ТБ, выявленных в результате и симптоматического, и рентгенологического скрининга, диагностируют на туберкулез. В качестве первоначального диагностического теста используется молекулярно-генетический метод исследования мокроты – Xpert MTB/RIF.

Алгоритм для массового скрининга также состоит из симптоматического скрининга, рентгенологического исследования грудной клетки. Но в качестве диагностического теста используется микроскопия мазка и финальный диагностический тест: жидкий посев (MGIT), тестирование на лекарственную чувствительность к противотуберкулезным препаратам. Для людей, живущих с ВИЧ и ранее излеченных по поводу туберкулеза, скрининг проводится 2 раза в год перед проведением противорецидивного лечения.

В диагностическом алгоритме используются быстрые молекулярные тесты, в результате чего больной подключается к эффективному лечению в течение 5 дней. Лечение проводится в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Случаи с предположительным ТБ изолируются в медицинские части до получения результата первоначального диагностического теста. Больные направляются в специа-

лизированное лечебное учреждение (СЛУ) особым транспортом, оборудованным УФ-облучателем и приточно-вытяжной вентиляцией.

Эффект систематического скрининга в ПС Азербайджана наблюдается в значительном снижении годовых показателей регистрации туберкулеза, случаев с положительным мазком и случаев устойчивых к Рифампицину. Большое количество эффективных бактерицидных препаратов в режиме лечения, отсутствие видимых патологий

Эффективность лечения лекарственно чувствительного ТБ в пенитенциарной системе Азербайджана превышает 93%, рифампицин-устойчивого ТБ – достигает 80%.

на рентгенографии грудной клетки и ИМТ $\geq 18,5$ кг/м в начале лечения достоверно увеличивает шансы на выздоровление среди всех случаев.

Опыт Азербайджана по продолжению лечения больных после освобождения заслуживает отдельного внимания. Совместная работа в этом направлении ведется с неправительственными организациями и гражданским сектором. Прерывание лечения туберкулеза после освобождения приводит к возобновлению и продолжению бацилловыделения, «вырабатывается» устойчивость к препаратам, что способствует появлению больных с первичным лекарственно устойчивым туберкулезом, туберкулезный процесс в организме прогрессирует и приводит к инвалидизации и смерти.

С 2009 года в Азербайджане подписан Меморандум о взаимопонимании между ГМУ МЮ, МЗ и МККК по проследованию лечения лекарственно устойчивого туберкулеза у больных после освобождения из мест заключения. С 2011 года подписан Меморандум о сотрудничестве между ГМУ МЮ, НТП МЗ и ОО «Сагламлыга хидмят» (неправительственная организация, созданная в Азербайджане для оказания материальной, моральной и социальной помощи больным ТБ после освобождения из мест лишения свободы) по проследованию лечения всех форм туберкулеза и чувствительного, и устойчивого к противотуберкулезным препаратам больных.

Основной целью проекта является использование потенциала неправительственных организаций способствовать долечиванию больных ТБ после освобождения из мест заключения посредством материальной, моральной и социальной поддержки.

Работа начинается с проведения просветительских сессий и предоставления информации о противотуберкулезных учреждениях гражданского сектора, где продолжится лечение. Выясняются сведения о родственниках и близких, у которых будет проживать больной, условиях проживания. Собирается информация личного характера (вредные привычки, образ жизни, профессия, возможности заработка и т. п.), готовятся медицинские и личные документы. Информация о намечаемом освобождении больного передается

в неправительственное учреждение по проследованию лечения. Противотуберкулезное учреждение по месту проживания информируется о предстоящем освобождении. Заблаговременно в пункт контролируемого лечения передаются противотуберкулезные препараты согласно лечебной схеме.

После больной сопровождается к координатору НТП МЗ. НТП обеспечивают поддержку при взятии на учет в противотуберкулезные учреждения гражданского сектора, ежемесячно доставляют лекарственные препараты и поощрительные продуктовые наборы в пункты контролируемого лечения. Координаторы НТП собирают образцы мокроты и доставляют в лабораторию СЛУ для мониторинга лечения. В функции НТП входит посещение больного на дому/в пункте контролируемого лечения, проведение бесед, психологическая поддержка и помощь в решении социально-бытовых, жилищных и иных проблем: покрытие «дорожных расходов» больных, поощрительные вознаграждения медработникам и обеспечение малоимущих больных одеждой, домашней утварью и предметами быта.

За период функционирования проекта 12 больным оказано содействие по получению пенсии по болезни, 5 больным оказано содействие по получению удостоверения личности, 4 больным оказано содействие по получению жилплощади, 2 больным оказано содействие по улучшению жилищных условий, 4 больным оказано содействие по улучшению бытовых условий. Результаты лечения освободившихся больных с лекарственно чувствительным туберкулезом около 90%. Результаты лечения освободившихся больных с лекарственно устойчивым туберкулезом – 68%.

Мероприятия инфекционного контроля в противотуберкулезных учреждениях

Компоненты инфекционного контроля включают в себя: административные мероприятия, контроль воздушной среды и меры индивидуальной респираторной защиты.

Филогенетический анализ свидетельствует о неконтролируемом

уровне трансмиссии туберкулеза. Большинство случаев устойчивости к препаратам первого ряда обусловлено трансмиссией (R – 90%; H – 87%). Устойчивость к фторхинолонам обусловлена трансмиссией в 46%, к инъекционным препаратам – в 74% случаев. Установлено до 5 различных штаммов *M. tuberculosis* с множественной и широкой лекарственной устойчивостью у одного пациента с ВИЧ в результате трансмиссии.

Доказано, что положительные по мазку и посеву больные туберкулезом, получающие эффективную химиотерапию, не инфицируют находящихся с ними в тесном контакте лиц с отрицательной туберкулиновой пробой. После начала эффективной химиотерапии происходит быстрое снижение контагиозности больных, причем раньше элиминации микобактерий из мокроты.

Так как контагиозность больных драматически снижается в течение первых суток эффективной химиотерапии, нужны быстрые и достоверные тесты для идентификации и выявления лекарственной устойчивости *M. tuberculosis*, в том числе к фторхинолонам и инъекционным препаратам; контролируемое лечение в соответствии с доказательными протоколами и на основании быстрых и достоверных данных о лекарственной устойчивости. Необходима ревизия критериев для изоляции и разделения больных.

Ключевые административные мероприятия заключаются в скрининге на активный туберкулез среди всех поступающих в пенитенциарное учреждение, далее – не реже 1 раза в год. Оценка риска и зонирование медицинских пенитенциарных учреждений по степени риска и максимально возможное разделение потоков пациентов и персонала, пересмотр политики госпитализации в противотуберкулезное учреждение и реструктуризация, реконструкция учреждений с учетом необходимости обеспечивает безопасные условия для пациентов и персонала. Разработка диагностического алгоритма и внедрение быстрых методов идентификации *M. tuberculosis* и лекарственной устойчивости позволяет начать эффективную противотуберкулезную терапию.

Для снижения риска нозокомиальной инфекции крайне важно контроли-

ровать движение воздуха – инфекционного аэрозоля в зонах высокого риска, применять эффективные средства контроля среды обитания.

На практическом занятии мы оценили эффективность механической вентиляции в помещении, рациональность размещения и дизайна приточных и вытяжных вентиляционных решеток (диффузоров); параметры вентиляции, определяющие комфортность пребывания персонала/пациентов (температура, влажность, шум, сквозняки); с помощью дымового теста оценили дифференциальное давление, эффективность перемешивания воздуха в помещении, наличие застойных зон; с помощью анемометра провели замеры скорости потока воздуха через вентиляционные решетки; рассчитали расход воздуха и кратность воздухообмена.

При оценке производительности воздухоочистителя рассчитали эквивалентный воздухообмен в час, обеспечиваемый одним устройством, оценили с помощью дымового теста эффективность перемешивания воздуха в помещении, наличие застойных зон; оценили комфортность применения устройства (шум, запах озона), доступность проведения периодического обслуживания; рассчитали необходимое количество подобных устройств на данное помещение для обеспечения достаточного снижения риска трансмиссии инфекций, распространяющихся через воздух.

Рекомендуемые параметры: направление от низкого к более высокому риску; кратность воздухообмена 6–12 в час или не менее 80 м³/ч; без рециркуляции. Причем удаление инфекционного аэрозоля из воздуха помещений происходит неравномерно, время, необходимое для удаления 99%, составляет 46 минут, а 99,9% – 69 минут при шестикратном воздухообмене в час.

Для создания безопасной больничной среды необходимо активное и осознанное участие всех заинтересованных сторон в проектировании строительства (реконструкции) зданий, вентиляционных и др. инженерных систем, перспективное планирование и обеспечение финансирования их квалифицированного обслуживания; внедрение в зонах высокого риска экранированных УФБИ-облучателей для верхней части помещений в режи-



ме 24/7; отказ от использования в зонах высокого риска воздухоочистителей-рециркуляторов; повышение культуры закупок, поставок, использования, обслуживания и сертификации оборудования лабораторий.

В условиях высокого риска инфицирования рекомендуется использовать респираторы класса защиты не ниже FFP2 (или №95 по стандарту US 42CFR 84). Правильность надевания респиратора имеет большее значение, чем его класс защиты! Выбор модели/размера респираторов для закупки необходимо проводить с помощью фит-теста, который позволяет подобрать каждому сотруднику необходимую модель и размер респиратора, исключить утечку инфицированного воздуха в зону дыхания. Использование хирургической маски контактирующим больным снижает риск инфицирования окружающих на 50%.

Итоги тренинга и перспективы инноваций в Кемеровской области

В процессе обучения наша многонациональная группа не имела языковых барьеров. Дружественная атмосфера создала прекрасные взаимоотношения. Учеба проводилась ежедневно с 9:00 до 19:00. По пути из учебного центра в гостиницу мы бурно обсуждали увиденное, делились информацией.

Тренинг-курс подошел к концу, положив начало новым контактам и знакомствам, оставив море позитивных

впечатлений и знаний о борьбе с ТБ не только в Азербайджане, но и в Белоруссии и Казахстане. Важно отметить необходимость дальнейшего подобного обучения и обмена опытом как медицинских работников, так и сотрудников пенитенциарной системы на международном уровне в подобных тренинг-центрах, чтобы специалисты из нашей страны смогли детально познакомиться с мероприятиями и получить передовые рекомендации от мировых экспертов в области фтизиатрической помощи.

Заканчивая статью, хочу выразить глубокую благодарность организаторам моего участия в тренинге-курсе в городе Баку – Международному совету медсестер, Ассоциациям медицинских сестер России и Кузбасса.

За несколько месяцев, прошедших после знакомства с системой оказания помощи осужденным с ТБ в Азербайджане, нам уже удалось осуществить первые шаги на пути перемен. В частности, мы провели семинар для медицинских работников, определили мероприятия, из числа успешно себя зарекомендовавших в других странах, для реализации в Кемеровской области, обратились с соответствующим предложением к руководителю Учреждения ГУФСИН по Кемеровской области, приступили к подготовке совместной конференции с представителями практического здравоохранения. Нам предстоит большой путь, но мы полны решимости его пройти и достичь самых высоких результатов!

АДАПТАЦИЯ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ:

вклад наставничества в профессионализм фельдшера СМП



■ **Александр Николаевич ФРОЛОВ**
Старший фельдшер подстанции № 6
ГБУ «Станции скорой и неотложной
помощи им. А.С. Пучкова»
Департамента здравоохранения города
Москвы

Вследствие меняющихся условий в работе, связанных с внедрением новых технологий, инновационных подходов к оказанию неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим, возникает потребность в подготовке молодых специалистов и их адаптации к современным реалиям. Ни для кого не секрет, что полученных в учебном заведении знаний порой бывает недостаточно, а приобретенные практические навыки далеки от идеального выполнения в силу малого опыта их применения. Не стоит забывать и о тех специалистах, которым в силу определенных жизненных обстоятельств пришлось сменить место профессиональной деятельности.

Для качественного и безопасного оказания медицинской помощи необходим ряд условий, позволяющих работнику выполнять свои профессиональные обязанности. Это касается не только определенного мастерства выполнения медицинских манипуляций, но и комфортной профессиональной среды, в которой молодой специалист чувствовал бы себя уверенно. В начале трудовой деятельности, для того чтобы не были разрушены представления о выбранной профессии, важно, чтобы молодой специалист не оставался один на один с возникающими трудностями. Администрация и коллектив медицинского учрежде-

ния должны сделать все необходимое для поддержки и профессионального воспитания молодого специалиста.

Одним из методов может стать программа адаптации молодых специалистов, реализованная в ГБУ «Станция скорой и неотложной помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы.

Задачами системы являются:

- формирование целостного мировоззрения, соответствующего современным условиям работы в коллективе;
- овладение дополнительными необходимыми знаниями для качественного выполнения своих должностных обязанностей, в том числе и знаний, необходимых для обеспечения безопасности медицинского работника и пациента;
- формирование стрессоустойчивости и психологической адаптации к работе;
- формирование позитивной мотивации и стремления к дальнейшему самообразованию.

Для полного и единого понимания того, что же такое адаптация и система адаптации, обратимся к терминологии, воспользуемся определениями. **Адаптация персонала** – процесс ознакомления и взаимного приспособления работников к содержанию и условиям трудовой деятельности, а также к социальной среде организации. Адаптация является одной из составляющих частей управления персоналом. **Система адаптации персонала** – комплекс мероприятий, которые позволяют сотруднику выйти на необходимый уровень знаний и умений с минимальными потерями для него самого и для медицинского учреждения. Исходя из этого, можно определить этапы, виды и собственно построение элементов самой программы адаптации, а также определить их преимущества как для работника, коллектива, так и для администрации медицинского учреждения.

Система адаптации включает в себя элементы адаптации и обучение сотруд-

ников. К элементам адаптации можно отнести психофизиологические факторы – привыкание к режиму, условиям труда (физические нагрузки, сменный режим работы, стрессоустойчивость); психологические – знакомство и построение взаимоотношений с коллективом; профессиональные – освоение должностных обязанностей и приобретение навыков работы; ценностные – освоение и принятие ценностей коллектива, корпоративной культуры.

Адаптацию можно разделить на первичную и вторичную. Первичная адаптация необходима молодому специалисту без трудового стажа, вторичная адаптация – работнику, имеющему длительный перерыв в профессиональной деятельности или определенный опыт работы в другой организации. Молодой специалист, основной целью которого, скорее всего, является получение практического опыта, стажа, во время адаптации должен убедиться в том, что именно здесь он получит возможность для профессионального роста, причем как администрация, так и коллектив в целом готовы этому способствовать и приветствуют его профессиональные амбиции. Вторая категория работников заинтересована в улучшении условий труда, стабильности, понятном процессе профессиональных коммуникаций, прозрачной системе материальных поощрений и перспективах карьерного роста. Именно на удовлетворение этих потребностей и должна быть направлена система вторичной адаптации.

Наличие и применение системы адаптации в медицинском учреждении дает преимущества не только для специалистов, но и для администрации и в целом коллектива, в который специалист приходит. Выражается это в следующем. Для медицинского учреждения – повышение эффективности работы сотрудника; ускорение процесса выхода его на требуемый уровень; налаживание или поддержание положительных отношений в коллективе; сокращение временных затрат

опытных работников на оказание помощи новому сотруднику в процессе выполнения им должностных обязанностей; минимизация «текучести» кадров. Для специалиста – налаживание отношений в коллективе; понимание и лояльность со стороны администрации подстанции; быстрое вливание в рабочий процесс и приобретение новых навыков и знаний; снижение неуверенности, связанной с неумением выполнять поставленные задачи так же быстро, как и другие сотрудники; сопоставление ожидаемых условий работы сотрудника с его реальной деятельностью; снижение страха сотрудника быть уволенным во время испытательного срока.

В программу адаптации входят следующие ключевые элементы:

Во-первых, **блок семинаров** для ознакомления сотрудника с общими сведениями о станции, ее историей, структурой, регламентирующими документами.

Во-вторых, **занятия в Школе молодого специалиста** – необходимо определить, каким знаниям и навыкам и в какой последовательности обучается работник, какие обязанности начинает выполнять в первую очередь, а также помогает адаптироваться сотруднику в коллективе.

В-третьих, **система наставничества** – привлечение опытного работника в помощь новому сотруднику.

В-четвертых, **промежуточный контроль и подведение итогов**. Все элементы адаптации проходят параллельно.

Перед началом программы и после знакомства с коллективом проводится опрос специалиста и заполнение анкеты для обратной связи, которая включает в себя ряд вопросов, позволяющих определить настроение, предпочтения и готовность специалиста к обучению и саморазвитию. Перед началом блока семинаров предлагается справочные материалы на электронном носителе, включающие в себя нормативные документы, регламентирующие трудовую деятельность. Все этапы адаптации проводятся в структурных подразделениях станции администрацией подстанций и выездным медицинским персоналом – врачами или фельдшерами – в зависимости от тематики семинаров.

В блок семинаров входят пять элементов – тем, необходимых для формирования целостного мировоззрения и понимания происходящих процессов, оказывающих прямое влияние на выполнение своих должностных и профессиональных обязанностей. К ним относятся:

1. Знакомство со станцией. Трудовая дисциплина.

Включает в себя ознакомление со структурой станции, подстанции, основными регламентирующими документами, коллективным договором, должностными обязанностями, Кодексом этических норм и профессионального поведения работника, правилами внутреннего трудового распорядка, деятельностью профсоюзной организации.

2. Штатно-финансовая дисциплина.

Включает в себя правила составления графика сменности в соответствии с Трудовым законодательством РФ и локальными актами станции, формирование состава бригад, требования к заполнению табеля подневного учета рабочего времени, приход на работу и уход с работы, разъяснения по составлению графика отпусков, а также их использования, обмен и перенос дежурств, оформление листков нетрудоспособности, получение квалификационной категории, формирование заработной платы, порядок установления стимулирующих выплат за эффективность и результаты труда и др.

3. Охрана труда. Безопасные условия труда.

Включает в себя разъяснения условий труда, вредных производственных факторов, безопасность в автомобиле скорой медицинской помощи, электро- и пожаробезопасность, аварийные ситуации на работе, обеспечение собственной безопасности, внешний вид и использование средств индивидуальной защиты.

4. Оформление медицинской документации.

Включает в себя правила оформления карт вызова, сопроводительных листов, журнала передачи активов, протокола установления смерти человека, карт учета медицинского оборудования, выписки рецептов, работа с навигационной системой, как осуществляется оперативный контроль за бригадами и т. д.

5. Этика и деонтология.

Включает в себя разъяснение правил поведения на вызове, общения с больными и их родственниками, рекомендации о том, как правильно сообщить о тяжелой болезни или смерти родственника, как выйти из конфликтной ситуации.

Занятия в Школе молодого специалиста проводятся по утвержденному плану и включают в себя теоретические и практические занятия, касающиеся непосредственно оказания скорой и неотложной помощи в конкретных ситуациях с разбором практических задач по основным неотложным состояниям, а также применения аппаратуры, лекарственных препаратов и медицинских изделий, имеющихся на оснащении бригад. Все манипуляции отрабатываются на тренажерах в учебных классах, оборудованных в структурных подразделениях. Для проведения занятий привлекаются врачи и фельдшера специализированных и выездных бригад, а также главные внештатные специалисты станции.

Система наставничества – это обучение непосредственно на рабочем месте во время рабочей смены. Наставник – это сотрудник, который имеет опыт работы и готов его передать менее опытному сотруднику (молодому специалисту). Наставник – это родитель и учитель. Для этого наставники определяются на каждой подстанции. После обучения наставника и определения готовности выполнять эту функцию за ним закрепляется молодой специалист. Наставничество является важным элементом в адаптации специалиста, поскольку позволяет работнику обрести большую уверенность в применении своих знаний и умений, а также подготовиться к самостоятельной работе.

По окончании блока семинаров проводится промежуточный контроль с решением профессиональных ситуационных задач. Наставники в данном случае являются членами жюри. В итоге проводится конкурс молодых специалистов совместно с наставниками, где определяются лучший молодой специалист и лучший наставник. После прохождения всех этапов адаптации проводится торжественное посвящение в сотрудники станции, в котором участвуют все молодые специалисты.

Данный этап не менее важен для работника, так как он позволяет ощутить причастность к профессии, а себя не простой кадровой единицей, а членом большой профессиональной семьи, от слаженности в работе которой зависит жизнь и здоровье пациентов.

Для положительного прохождения адаптации необходимо уделять внимание ряду моментов – изучает ли молодой специалист предлагаемые материалы, участвует ли в обучающих мероприятиях, прилагает ли усилия для полного освоения необходимых знаний и получения навыков, активно ли взаимодействует со своим наставником, стремится ли наладить позитивные профессиональные и личные отноше-

ния с коллегами. Своевременное выявление трудностей, возникающих у работника в процессе адаптации, и их устранение позволяют получить положительный результат. Итогом успешной адаптации является формирование профессионала на своем месте, который владеет высоким уровнем профессиональной деятельности, сознательно изменяет себя в ходе осуществления труда, вносит свой индивидуальный творческий вклад в профессию, стимулирует в обществе интерес к результатам своей профессиональной деятельности, повышает престиж своей профессии в обществе.

Выполнение данной системы возможно только при тесном взаимодей-

ствии всех участников программы, их желания и заинтересованности. За время существования системы адаптации удалось подготовить специалистов, уверенных в своих действиях, повысить уровень профессиональной подготовки не только молодых специалистов, но и опытных работников путем вовлечения в процесс обучения. Удалось сократить количество увольнений в первый год работы, который является самым сложным для молодого специалиста. Все эти моменты положительно сказываются на оказании качественной и безопасной медицинской помощи нашим пациентам, что в свою очередь повышает престиж профессии фельдшера.

«Пустые вызовы» – что делать фельдшеру?



■ Андреев Г.С.
Фельдшер СМП поликлиники ТОГБУЗ
«ГКБ № 3 г. Тамбова»



■ Трофимов С.В.
Фельдшер СМП поликлиники ТОГБУЗ
«ГКБ № 3 г. Тамбова»

Консультант: Вишневская М.А.,
клинический психолог, преподаватель
кафедры общей и клинической
психологии ТГУ им. Г.Р. Державина



«Если мы гоним проблему в дверь, она лезет в окно в виде симптома.

В основе психосоматических расстройств лежит механизм психологической защиты, который называется вытеснением. Мы стараемся не думать о неприятностях, отменить от себя проблемы, не анализировать их, не встречаться с ними лицом к лицу. Вытесненные таким образом, они “проваливаются” в социального или психологического уровня на телесный».

Зигмунд Фрейд

Психосоматика (греч. psyche – душа, soma – тело) – в широком смысле термин, принятый в медицине для обозначения такого подхода к объяснению болезней, при котором особое внимание уделяется роли психических факторов в возникновении, течении и исходе соматических направлений в медицине и психологии, изучающих влияние психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний.

Психосоматика в более узком смысле или психосоматическая медицина представляет собой направление



в современной зарубежной медицине, возникшее на основе применения теории и техники психоанализа к истолкованию и терапии, в том числе неврозов и заболеваний внутренних органов. Получила распространение в США Нидерландах, ФРГ, Швейцарии и др. западно-европейских странах. По оценке представителей психосоматической медицины, около 50% всех органических заболеваний в индустриально развитых странах имеют психогенный характер.

Основная сложность – это понять истинные причины возникновения синдрома или заболевания, определить тактику оказания помощи. У фельдшера скорой или неотложной помощи для этого имеется всего несколько минут. И тут на помощь приходит не столько хорошее знание симптоматики, сколько статистика, знание пациентов.

Проводя данное исследование, мы опирались на данные о работе службы неотложной медицинской помощи поликлиники ТОГБУЗ «ГКБ № 3 г. Тамбова» за последние 3 года. А натолкнула на мысль проведения исследования именно психосоматической составляющей вызовов проверка ФОМС, в ходе которой и возникло понятие «пустых вызовов» – т. е. тех вызовов, на которых пациентам не проводились инвазивные манипуляции.

С 2015 по 2017 год бригадами СМП территориальной поликлиники было обслужено около 60 тысяч вызовов, при этом большая часть (78%) обслуживались только фельдшерской бригадой. И если в 2015 году доля «пустых» вызовов составляла 27% от общего числа, то уже к концу 2017 года эта цифра выросла до 62%. Сказались мно-

гие факторы: сложность вызовов, переданных в поликлинику ССМП, увеличение количества самообращений, имидж фельдшеров. В результате анализа полученных данных возникла необходимость в определении тактики ведения персонала, составлении методических рекомендаций, алгоритмов и стандартов оказания помощи психосоматическим пациентам. Сложность проблемы состояла еще и в ограничении времени для оказания помощи. У фельдшера нет возможности динамического наблюдения, нет возможности для длительных бесед. За 30 минут, отведенных на один вызов, необходимо дифференцировать проблему, оказать помощь и убедить пациента принять именно эту помощь, и, что тоже немаловажно, не стать предметом манипулирования.

Причины возникновения психосоматозов

Причиной возникновения психосоматозов является аффективное (эмоциональное) напряжение (конфликты, недовольство, гнев, страх, тревога и др.) при наличии определенных личностных свойств.

Психологические факторы играют роль и в случае других заболеваний (мигрени, эндокринные расстройства, злокачественные новообразования). Однако следует различать расстройства, возникновение которых определяют психические факторы и профилактика которых должна быть направлена, прежде всего, на устранение и коррекцию эмоционального перенапряжения (психотерапия и психофармакология) и другие заболевания. Динамику последних определяют психические и поведенческие факторы, изменяющие неспецифическую резистентность организма, но при этом не являющиеся первопричиной их возникновения. Например, известно, что влияние психоэмоционального

стресса может снизить иммунную реактивность, а это, в свою очередь, повышает вероятность развития заболеваний, в том числе – инфекционных.

Психогенный компонент играет важную роль в возникновении и развитии многих органических заболеваний: гипертонической болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, инфаркта миокарда, мигрени, бронхиальной астмы, язвенного колита, нейродермита. Эти заболевания часто называют «большими» психосоматическими заболеваниями, подчеркивая тяжесть заболевания и ведущую роль психогенного фактора в их возникновении.

Собственно психосоматические заболевания характеризуются следующими особенностями:

- психический стресс является решающим в их провоцировании;
- после манифестации заболевание приобретает хроническое или рецидивирующее течение;
- впервые возникает в любом возрасте (но чаще в позднем подростковом).

Психосоматические заболевания являются следствием стресса, обусловленного длительными болезненными и непреодолимыми психотравмами, внутренним конфликтом между одинаковыми по интенсивности, но разнонаправленными мотивами индивида. Предполагается, что некоторые типы мотивационных конфликтов являются специфическими для отдельных форм психосоматических заболеваний. Так, гипертоническую болезнь связывают с наличием конфликта между высоким социальным контролем поведения и нереализованной потребностью индивида во власти. Нереализованная потребность приводит к агрессивности, выявить которую человек не может через социальные установки. При этом в отличие от неврозов, в основе которых также лежит личностный конфликт, в случае психосоматических заболеваний происходит двойное вытеснение – не только неприемлемого для сознания мотива, но и невротической тревоги. Неразрешенный конфликт мотивов (как и не устраненный стресс) порождает в конечном итоге реакцию капитуляции, отказ от поискового обращения, создает общую предпосылку к развитию психосоматических заболеваний в виде маскированной депрессии.

Связанное соматическое заболевание	Психологические проблемы	Симптомы	Помощь
• эссенциальная артериальная гипертония; • ишемическая болезнь сердца; • нарушения сердечного ритма; • сердечный невроз страха кардиопатии	Возникновение артериальной гипертонии обусловлено желанием открыто выражать враждебность при одновременной потребности в пассивном и адаптированном поведении. Данный конфликт можно охарактеризовать, как конфликт с такими противоречивыми личностными устремлениями, как одновременная направленность на прямоту, честность и открытость в общении и вежливость, учтивость, уклонение от конфликтов. Подавление негативных эмоций у человека в период стресса, сопровождающегося естественным повышением (АД), способно ухудшить общее состояние человека и даже привести к развитию инсульта.	Настроение у таких больных ухудшается, внимание фиксируется на ощущениях, круг интересов ограничивается болезнью. У больных другой группы диагноз гипертонической болезни не вызывает никакой реакции, они игнорируют заболевание, отказываются от лечения. Прямой зависимости между уровнем АД и вероятностью развития психических нарушений не выявлено. При обследовании психического состояния больных с артериальной гипертонией в сочетании с суточным мониторингом АД впервые установлены показатели суточного мониторирования АД, значимые относительно прогноза развития психических нарушений. Они чаще развиваются при высокой variability АД в течение суток и нарушении циркадного ритма колебаний АД (усиление или отсутствие физиологического ночного снижения АД).	Больному с гипертонической болезнью следует объяснять причину его состояния, сообщить, что расстройства нервной системы у него функционального характера, они временные и в случае соответствующего систематического лечения нарушенная функция будет восстановлена.
Бронхиальная астма	Вызывается эмоциональными конфликтами, связанными с условиями подчиненности, но объективных доказательств в пользу этой теории еще нет. При бронхиальной астме отмечаются противоречия между желанием и страхом определенного ощущения. Такой конфликт описывается как конфликт «владеть – отдать». Отмечается такое качество астматиков, как сверхчувствительность, особенно в отношении мер, связанных с пониженной аккуратностью. Убедительные факты свидетельствуют о том, что такие эмоции, как гнев, страх и возбуждение, могут провоцировать и увеличивать выраженность отдельных приступов у больных с бронхиальной астмой.	Проблемы больного связаны с нарушением естественной потребности дышать. Малейшая одышка, возникающая на фоне эмоциональной нагрузки, провоцирует приступ. И если вначале нарушения функции внешнего и внутреннего дыхания не наступают, то потом процесс замыкается: страх – выброс гормонов – усиление одышки – страх. Состояние больного существенно усугубляется неэффективностью или отсутствием привычных терапевтических препаратов.	Важнейший фактор первой помощи – определение тяжести состояния пациента. Если при прибытии бригады СМП и начале простейшего обследования (диагностическая беседа, измерение АД, подсчет ЧД, ЧСС, пульсоксиметрия) состояние пациента улучшается, перед нами типичное психосоматическое заболевание. И в этом случае в/в инъекция того же эуфиллина и заострение внимания больного на том, что ему УЖЕ стало лучше, является наиболее правильной тактикой помощи.
Заболевания ЖКТ	Сильные продолжительные аффекты, негативные эмоции, как то постоянный страх, большое горе, сильный испуг во время перенапряжения и истощение деятельности коры большого мозга, могут привести к длительному спазму кровеносных сосудов стенки желудка при пониженном сопротивлении его слизистой оболочки к действию желудочного сока, так возникает язва. Дальнейшее развитие язвенной болезни зависит как от непрекращающегося действия указанных факторов, так и от возникновения болевых импульсов в интерорецепторах пораженного органа. Данное состояние негативно влияет на процесс пищеварения и вызывает ощущения дискомфорта на всех его этапах.	При данном виде заболеваний основным провоцирующим фактором является боль, на втором месте – симптомы нарушения пищеварения: изжога, отрыжка, метеоризм и т.д. Ещё одним фактором являются фобии – боязнь заболеть онкозаболеванием, боязнь пищевого отравления.	Помощь начинается с диагностической беседы, в результате которой в 86% случаев уже можно определить причину заболевания. И основным методом лечения при выявлении психосоматического компонента является терапевтическая беседа и грамотные рекомендации.



Связанное соматическое заболевание	Психологические проблемы	Симптомы	Помощь
Неврологические заболевания – мигрени, энцефалопатии, сосудистые дистонии, нейродермии	Затяжные стрессовые ситуации, пиковые эмоциональные нагрузки, физическая утомляемость, личностные особенности – всё это факторы, негативно влияющие на состояние ЦНС и эмоциональной сферы, провоцирующие внутренние и внешние конфликты, что проявляется симптомами неврологических заболеваний.	Головные боли, головокружение, немотивированные психоэмоциональные состояния – повышенная возбудимость, депрессия, нарушение цикла сон-бодрствование, кожный зуд.	Внимательное и корректное отношение к пациенту, терапевтическая беседа, грамотные рекомендации, обезболивающая терапия.
Заболевания ОДА: миозит, дорсопатия, артриты и артрозы, заболевания позвоночника, невралгии	Почти всегда – физические нагрузки, спортивные или связанные со спецификой той или иной профессии, которые нельзя изменить или отменить, и возникающий на этом фоне психологический тупик – невозможность или нежелание что-либо изменить для улучшения собственного самочувствия.	Боль, нарушение привычной подвижности пораженного участка тела, одышка.	Самый важный компонент – устранение боли при помощи медикаментов и применение современных методик немедикаментозного купирования болевого синдрома.

Поражение тех или иных органов и систем обусловлено генетическими факторами или особенностями онтогенетического развития. Исторически к психосоматическим относят семь заболеваний, а именно: эссенциальную АГ, язвенную болезнь, бронхиальную астму, нейродермиты, тиреотоксикоз, язвенный колит, ревматоидный артрит.

Как лечить психосоматические заболевания?

Терапевтическая тактика при психосоматических заболеваниях предусматривает основную роль специалистов-соматологов и соответствующие методы терапии.

Однако психотерапия также имеет большое значение в профилактике возникновения этих заболеваний и на всех этапах лечения и реабилитации.

В профилактике психосоматических заболеваний важную роль играет своевременное выявление личностной склонности и проведение длительной личностно-ориентированной психотерапии с помощью специалиста-психотерапевта. Врачи общей практики и семейной медицины должны учиться и учить пациентов навыкам психической саморегуляции, автогенной тренировки с целью мобилизации или релаксации в стрессовых ситуациях.

Совсем другой подход к лечению невротических и соматоформных расстройств, когда соматические жалобы больного связаны с функциональными соматическими расстройствами, основной причиной которых является психи-

ческое заболевание. В этих случаях лечение проводит психиатр с использованием психотерапии и психофармакотерапии. Из фармакологических препаратов предпочтение отдается тем, которые необходимы для терапии развившегося заболевания, если таковое имеет место. Параллельно с приемом медикаментов производится психотерапевтическое лечение с целью воздействовать на механизм развития заболевания и провоцирующие его факторы.

Основной проблемой лечения психосоматических заболеваний является выбор правильной тактики. Ведь зачастую, определив отсутствие острых состояний или состояний, подходящих под определение экстренных и неотложных, бригада СМП сообщает об этом пациенту, даёт общие рекомендации (обратиться к врачу, пройти обследование) и уезжает с вызова, действуя в рамках своей компетенции и не противореча приказам, регламентирующим работу службы скорой и неотложной медицинской помощи. Но учитывая менталитет наших граждан, а особенно некоторых их категорий, можно со 100% уверенностью ожидать повторного вызова с теми же жалобами. Мотивация при этом такова – ничего не сделали, помощь не оказали, даже если объективно стало легче. И возникает вопрос, что надо сделать, дабы избежать повторных вызовов.

Исходя из опыта нашей работы, мы можем предложить несколько способов решения данной проблемы:

1. При начале беседы попросить разрешения фиксировать на бумаге со-

держание разговора. Это дает пациенту понять, что фельдшер придает большое значение его проблемам, без внимания не останутся малейшие жалобы, все зафиксировано и не «пропадет, не потеряется». Уже одно это мероприятие имеет, как показал опыт, терапевтический эффект, позволяет систематизировать проблемы пациентов.

2. Применение «эффекта ПЛАЦЕБО», т.е. в/м или в/в инъекция физиологического раствора или воды для инъекций под видом реального препарата. Это не противоречит законодательству, не несёт вред пациенту, заметно улучшая его состояние самим фактом инъекции. Естественно, этот метод применим только при полной уверенности в правильном определении психофизиологического состояния больного. К сожалению, у большинства наших пациентов уже выработался иммунитет на принятие медикаментозного препарата внутрь.

3. Простейшая регистрация ЭКГ и пульсоксиметрия с последующей расшифровкой и обоснованием для пациента его состояния зачастую помогает снять негативные ощущения со стороны сердечно-сосудистой системы.

4. Передача вызова в ЛПО амбулаторного профиля по месту жительства (прикрепления), осуществляемая при пациенте, показывает ему, что он не забыт, и медицинская помощь будет оказана на более высоком уровне.

5. При необходимости – транспортировка пациента в поликлинику для консультации лечащим врачом или узким специалистом.



Ди-Хлор-Экстра

**20
ДНЕЙ**

срок годности
рабочих растворов

СОСТАВ

Na-соль ДХЦК, адипиновая кислота и углекислый натрий, синергист, стабилизатор, вспомогательные компоненты – ПАВ (без контроля содержания в препарате) до 4%.

ФАСОВКА

Средство упаковано в банки вместимостью 100 таблеток и 300 таблеток



ОПИСАНИЕ

Таблетки правильной круглой формы или гранулы белого цвета с характерным запахом хлора. Массовая доля хлора в таблетках не менее 44%, в гранулах не менее 50%. Средство хорошо растворимо в воде, растворы прозрачны и имеют запах хлора или отдушки. Эффективно против всех видов бактерий, в т.ч. *Mycobacterium terrae*, вирусов, грибов, гельминтов и их яиц и личинок, особо опасных инфекций, споровых форм.

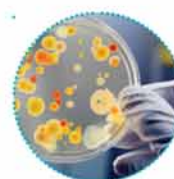
ПРОИЗВОДИТЕЛЬ

ООО «Дезснаб-Трейд», Россия.



Ди-Хлор-Экстра

- новый запатентованный состав таблетки,
- производится в виде таблеток и гранул,
- существенно расширена сфера применения.



ПЕДИКУЛИЦИДНЫЕ СРЕДСТВА СЕРИИ "МЕДИЛИС"

МЕДИЛИС-СУПЕР

RU.77.99.88.002.E.017368.12.12

24% ФЕНТИОН

МЕДИЛИС-ПЕРМИФЕН

RU.77.99.88.002.E.008546.10.13

4% ПЕРМЕТРИН + 16% ФЕНТИОН

МЕДИЛИС-МАЛАТИОН

RU.77.99.88.002.E.005275.06.13

40% МАЛАТИОН

МЕДИЛИС-БИО

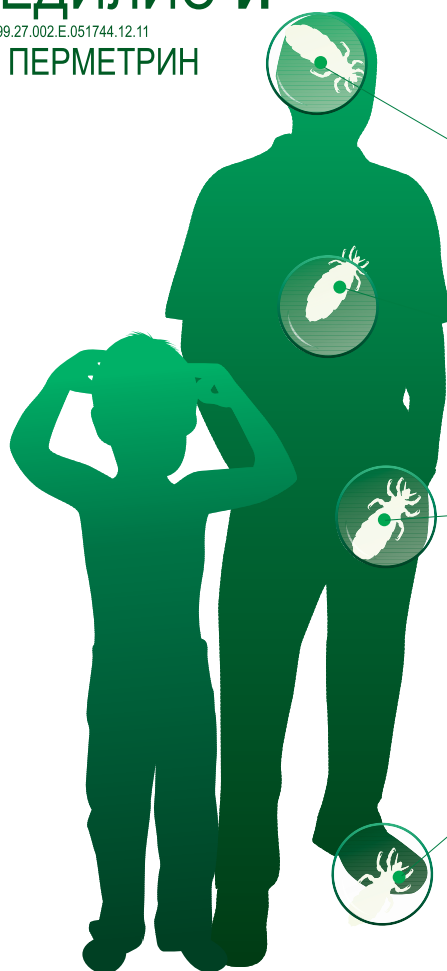
RU.77.99.37.002.E.002102.02.11

ГВОЗДИЧНОЕ МАСЛО

МЕДИЛИС-И

RU.77.99.27.002.E.051744.12.11

5% ПЕРМЕТРИН



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



+7(499)678-03-66
(многоканальный)
+7(495)315-16-65
+7(495)315-17-10

MEDILIS.RU