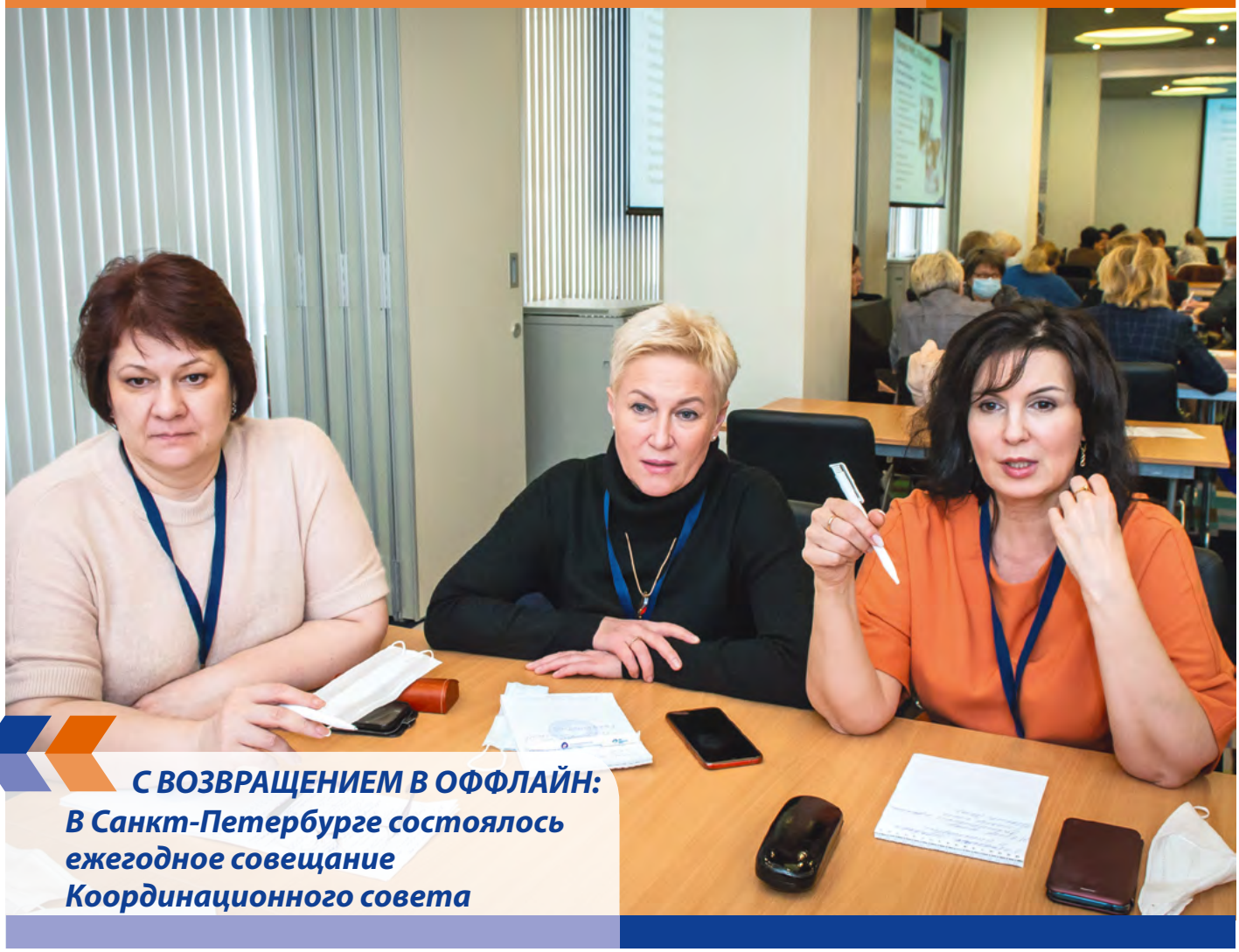
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ
медицинских сестёр России

№ 2/51 2021



С ВОЗВРАЩЕНИЕМ В ОФФЛАЙН:
В Санкт-Петербурге состоялось ежегодное совещание Координационного совета

стр. 37

ДЕТИ НЕ ДОЛЖНЫ СТРАДАТЬ:
Реабилитация детей с детским церебральным параличом

стр. 32

ВОЛОНТЕРЫ НА СЛУЖБЕ:
Опыт организации волонтерского центра на базе стационара

стр. 9

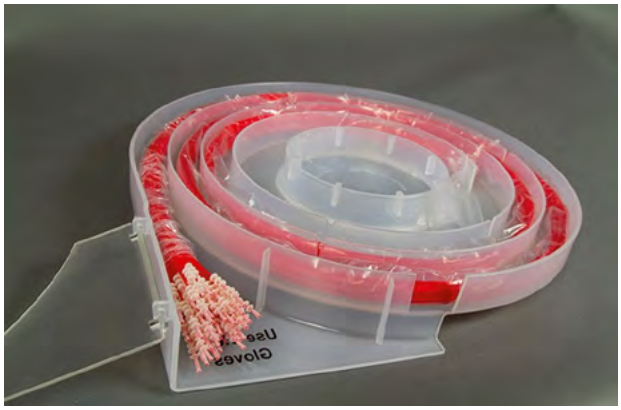
ВСЕГДА НА ПОСТУ!
Особенности оказания офтальмологической помощи военнослужащим

ВАШ ВЫБОР ДЛЯ ОЧИСТКИ ГИБКИХ ЭНДОСКОПОВ!

При проведении окончательной очистки гибких эндоскопов одним из важнейших этапов является очистка каналов с помощью устройств-щеток от всех видов загрязнений

УСТРОЙСТВА PULL THRU ™

для ручной очистки каналов
гибких эндоскопов диаметром
от 1 мм до 8 мм
за один проход



ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ УСТРОЙСТВ PULL THRU:

- Рабочая часть устройства выполнена в виде колец из мягкого пластика, что гарантирует полное соприкосновение с каналами эндоскопа и обеспечивает их сохранность
- Уникальное строение PULL THRU создает вакуум, который втягивает моющее средство в просвет канала, полностью заполняя его для более эффективного удаления загрязнений
- Использование устройств PULL THRU сокращает время ручной очистки каналов эндоскопа, так как необходим всего один проход по каналу
- Степень очистки 99 % за один проход по сравнению с традиционными щетками, которые удаляют от 29% до 90% после трех проходов

НАУЧНО ДОКАЗАННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И КАЧЕСТВО УДАЛЕНИЯ ЗАГРЯЗНЕНИЙ

ЛИЗОФОРМ

г. Санкт-Петербург, тел.: +7 (812) 347-71-15 (16), sales@lysoform.ru
Представительство в Москве: ООО «КлинДез»
тел.: +7 (495) 741-54-42, 771-25-64, 771-27-64, klindez@yandex.ru

www.lysoform.ru

В этом году «Вестнику» Ассоциации медицинских сестер России исполняется 10 лет. Поздравляем всех наших читателей с этим юбилеем, бесконечно благодарим специалистов, открывших в себе за эти годы талант автора и публициста, и желаем творческого вдохновения на предстоящее десятилетие!

Уважаемые коллеги и дорогие читатели «Вестника»!

Рады нашей новой встрече на страницах журнала, тому, что сейчас у всех нас появляется возможность вновь спокойно вздохнуть, перевести дух после тяжелых месяцев пандемии, встретиться не только дистанционно, но и в оффлайн-формате, обсудить наболевшие вопросы и наметить планы на будущее.

Именно такими стали для нас первые месяцы весны, – в Санкт-Петербурге после долгого перерыва собрались лидеры всех региональных организаций и специализированных секций, успев всего за 2 дня работы продумать в деталях планы Ассоциации на ближайшие 2 года. А среди них и осенний конгресс РАМС, который, как мы надеемся, пройдет в очном формате с трансляцией в регионы, и события юбилейного для Ассоциации 2022 года. Нам исполнится 30 лет, и в этом празднике должны принять участие все специалисты, внесшие свою лепту в создание и развитие профессиональной организации. Телемосты, поздравления, видеосюжеты, онлайн-выставки, профессиональные и творческие конкурсы – нас ждет масса интересных и увлекательных событий, подготовка к которым уже началась.

Подарки ждут и тех, кто все эти годы поддерживал наш журнал, развивал в себе писательские таланты и делился с коллегами опытом инноваций, исследований, значимых управленческих решений и общественных инициатив! Мы проходим значимую в истории РАМС веху – журналу Ассоциации в этом году исполняется 10 лет.

Активно стартовал 2021 год и на уровне нашего международного взаимодействия – Международный совет медсестер и Всемирная организация здравоохранения провели серию глобальных консультаций по разработке Стратегических направлений развития сестринского дела и акушерства на период до 2025 года. Крупное совместное совещание Европейского бюро ВОЗ, главных специалистов по сестринскому и акушерскому делу, Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций и сотрудничающих центров ВОЗ запустило разработку Дорожной карты в поддержку профессий в нашем – европейском регионе. РАМС везде успела принять участие, выразить мнение нашего профессионального сообщества, чтобы глобальные и региональные стратегии и политика отразили то, что важно для медицинских сестер нашей страны.

Участие в международной дискуссии постепенно становится более доступным для специалистов нашей страны. В онлайн-формате открываются возможности встречи с зарубежными коллегами по своим специальностям, знакомства с ведущими экспертами ВОЗ. Важно быть в курсе таких событий и, если вы еще не вступили в группу РАМС или в группу своей региональной ассоциации «Вконтакте», настоятельно рекомендуем это сделать! Влиться в огромный поток новых знаний сегодня можно в один клик!

Сформированные в ходе отчетно-выборной конференции специализированные секции уже активно включились в работу. Сегодня они проводят всероссийские конференции, исследования, инициируют новые проекты, привлекают членов организации к участию в тематических акциях. Всем и каждому есть, в чем себя проявить! Среди самых ярких примеров работа секции медицинских сестер – анестезистов: наши коллеги проработали принятый в июне профессиональный стандарт по своему профилю, выявили его недостатки, описали необходимые поправки к документу, которые уже направлены РАМС в адрес Министерства здравоохранения. Мы не отступим, пока наши поправки не будут учтены, пока документ не будет соответствовать современным требованиям, нуждам, профессиональным возможностям специалистов!

Секции первичного здравоохранения, фтизиатрии, стоматологии провели интереснейшие акции, – в сети голос медицинских сестер звучит все громче и громче, подкрепив их крупными научно-практическими конференциями.

Таким конференциям, обучающим вебинарам уже нет числа, – стараются и секции, и региональные ассоциации. В который раз организаторам приходится останавливать регистрацию до срока, в связи с тем, что даже в онлайн-формате виртуальные конгресс-залы имеют ограничения по числу мест. Но полюбившиеся спикеры, интереснейшие темы и доклады вновь и вновь появляются в эфире, чтобы ценные на сегодня знания стали доступными для всех. Проект «Уходим в сети» доказал свою состоятельность с первых дней пандемии и не утратит ее по окончании локдаунов и ограничений. Ведь онлайн-пространство тысячекратно экономит и время, и финансовые затраты. Помните, что проект открыт не только для участия в качестве слушателя, – каждый специалист может освоить роль спикера и преподавателя. Если у Вас есть ценный опыт, которым давно хочется поделиться – добро пожаловать в нашу команду. Вы можете направить свои предложения в региональную ассоциацию, специализированную секцию или национальный офис РАМС! Нужно просто поверить в свои силы и не сомневаться в успехе, а большая команда единомышленников обязательно поможет Вам справиться с техническими задачами и волнением! Инициатива приветствуется и со стороны авторов публикаций, наш журнал всегда готов к публикации результатов вашей работы, опыта, впечатлений от встреч с теми коллегами в сестринской профессии, кто оказал огромное влияние на развитие и совершенствование практики.

Наступают майские дни – мы все вместе отметим предстоящие праздники, вспомним героев Великой Отечественной войны, героев акушерства и сестринского дела, получим новый заряд энергии для работы на долгие месяцы. Пусть эта весна подарит Вам много радостных и счастливых моментов, одним из которых, как мы надеемся, станет и встреча с очередным выпуском «Вестника».

На обложке: совещание Координационного совета Ассоциации медицинских сестер России, Санкт-Петербург, 6–7 апреля 2021 года

СОДЕРЖАНИЕ

НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
С возвращением в оффлайн: В Санкт-Петербурге прошло ежегодное совещание Правления и Координационного совета	стр. 3
СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Белая ромашка: Во Всемирный день борьбы с туберкулезом медицинские сестры Кемеровской области провели конкурс информационных листовок	стр. 6
СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ	
Дорогами милосердия	стр. 8
Священный подвиг, священная слава. В память о кузбасских медиках – героях Великой Отечественной войны	стр. 16
УРОКИ ПАНДЕМИИ	
Волонтерская деятельность на базе ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ	стр. 32
МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО	
Сформировать видение будущего здравоохранения. Международный день медицинской сестры – 2021	стр. 18
Глобальная политика в поддержку сестринского и акушерского персонала	стр. 28
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Всегда на посту! Особенности оказания офтальмологической помощи военнослужащим	стр. 9
Не бояться приема у врача-психиатра. Роль участковой медицинской сестры в психиатрии	стр. 25
Опыт работы медицинской сестры в составе полипрофессиональной бригады специалистов при проведении медицинской реабилитации пациентов наркологического профиля	стр. 35
Дети не должны страдать никогда. Реабилитация детей с ДЦП	стр. 37
СЕЛЬСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	
Мечты сбываются – 32 года служит сельскому здравоохранению Зульфия Бабшанова	стр. 11
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Демографическая ситуация в России и функциональные обязанности акушерки – неужели есть связь?	стр. 22

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 14.04.2021. Отпечатано в ООО «Аллегро». Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1114. 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 по электронному адресу: **RNA@medsestre.ru**

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 сестёр 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. – 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»

С ВОЗВРАЩЕНИЕМ В ОФФЛАЙН!

В НАЧАЛЕ АПРЕЛЯ АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ ПРОВЕЛА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ СОВЕЩАНИЯ ПРАВЛЕНИЯ И КООРДИНАЦИОННОГО СОВЕТА

Серебренникова Н.В.
Директор по международным связям, Ассоциация медицинских сестер России

Пожалуй, таких долгожданных встреч в уже почти 30-летней истории Ассоциации медицинских сестер России еще не было. Всегда находясь в движении, руководители региональных организаций то и дело встречались на разных площадках, – конгрессах и конференциях в Санкт-Петербурге, семинарах и форумах в других российских регионах. Двадцать, тридцать, сорок поездок президента РАМС в год были нормой до тех пор, пока не наступила пандемия, которая все же не сломила волю общественных организаций к работе и активной поддержке специалистов.

Да, регионов, которые не пережили бы ошеломительных нагрузок, не осталось. Самое трагичное, не осталось организаций, которые не понесли бы тяжелейших утрат. Медицинские сестры, акушерки, фельдшеры, лаборанты – те люди, которые оказались на переднем фронте войны за жизнь, стояли до конца, но не всегда сами выдерживали инфекционный натиск. В каждой организации сегодня своя летопись памяти о безвозвратно ушедших коллегах.

Чтобы таких трагедий больше не было, лидеры организаций должны выработать четкую стратегию защиты интересов сестринского персонала с учетом уроков пандемии, добиваться таких решений и перемен, которые на деле защитят медицинскую сестру от рисков, обеспечат ей надежные тылы.

Правление и Координационный совет (КС) такую стратегию обсудили и наметили важные шаги в ее реализации. Но расскажем обо всем по порядку.

Традиционно заседания КС начинаются со знакомства с новыми лидерами. В этот раз новичков предсказуемо оказалось больше. Впервые после осенней отчетно-выборной конференции руководители познакомились лично с избранными членами Правления, – смогли всех увидеть воочию, поздравить и поделиться своими вопросами.

Лидеры, недавно вступившие в роль руководителей региональных организаций, получили значки президентов, – носить их с честью, достоинством и высокой ответственностью миссия каждого регионального лидера! А еще быть инициативным, находить выход из безвыходных ситуаций, придумывать, как мотивировать специалистов на непрерывное профессиональное развитие, – вот основные задачи руководителей и региональных организаций и специализированных секций, число которых достигло 22!

Итак, о чем же шел разговор, периодически переходящий в дебаты?

Вслед за отчетами президента РАМС, председателя Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций Валентины Саркисовой, исполнительного директора Валерия Самойленко и директора по международным связям, участники совещания углубились в обсуждение планов РАМС на 2021–2022 гг.

Первым и главным событием этого года для членов организации станет осенний конгресс РАМС, запланированный на конец сентября. На многочисленных площадках этого мероприятия специалисты обсудят вопросы лидерства и управления, качества, безопасности, развития практики и внедрения цифровых технологий, кадровой политики, нормативного регулирования и образования, роли сестринского персонала в реализации приоритетных национальных проектов. Конечно же, специалистам предстоит обсудить уроки пандемии, – ведь несмотря ни на что удалось выстоять. Это противостояние покажет фотовыставка «Красная зона», причем она будет касаться не только инфекционных стационаров, но и тех немногочисленных клиник, которые остались последним форпостом в оказании иных, некоторых видов помощи. Свои проекты, разработки, рекомендации представят

все 22 специализированные секции. Руководствуясь девизом Международного дня медицинской сестры этого года, лидеры должны постараться сделать так, чтобы голос специалистов был услышан и учтен при формировании политики здравоохранения. Вообще вся работа РАМС – это шаг в будущее, который опирается на серьезные успехи, уже достигнутые в многочисленных российских регионах.

Пандемия во многом этому помогла, медицинских сестер заметили, обратили внимание, поддержали, стали больше говорить вне нашего профессионального сообщества… Но мы с вами прекрасно понимаем, как быстро забывается все хорошее, как легко можно отодвинуть наши нужды на второй план, как бы не было горько это осознавать. В том числе и поэтому нам нужны крупные мероприятия, где при участии руководителей здравоохранения мы можем громко заявить о своих правах и интересах, громко и на всю страну.

Первый план конгресса готов, уже сейчас, порой находясь еще в пути, руководители продолжают работать, оставаясь на связи друг с другом, чтобы вписать в этот план имена докладчиков, которым будет доверена возможность поделиться на конгрессе самыми значимыми результатами работы.

Обсудили участники совещаний и планы 2022 года – юбилейного для РАМС. Нам исполнится 30 лет! Какими разными были эти годы, чем запомнился каждый из них, что произошло в каждом регионе, какие проекты были реализованы – все богатство общественной работы будет отражено в книге, посвященной юбилею.

Планируется, что мы все вместе отметим Международный день медицинской сестры, проведем телемост, который объединит медицинских сестер от Республики Карелия до Владивостока, организуем в гибридном формате научную конференцию и обязательно привлечем студентов и молодых специалистов, а еще проведем сразу несколько профессиональных конкурсов.

Все это потребует большой работы, хочется, чтобы в ней приняли участие все без исключения регионы, чтобы мы услышали всех и каждого. Инициативных специалистов порой найти не так уж просто. Поэтому, если Вы чувствуете в себе интерес поделиться знаниями с коллегами, – выходите на связь с руководителями региональных ассоциаций, руководителей секций, не оставайтесь в стороне от масштабных проектов РАМС!

Помимо обсуждения планов и проектов РАМС, участники Координационного совета встретились с Юрием Гузнаевым, главным техническим инспектором труда ЦК Профсоюза работников здравоохранения. Разговор шел о трудной теме, – специальной оценке условий труда (СОУТ). Не секрет, что за последние годы условия труда медицинских работников на бумаге поразительно улучшились. Да, во многих случаях изменилось оснащение, некоторые риски, связанные с медицинской деятельностью, за счет современного оснащения были нивелированы, но биологический фактор сохранился, равно как и большая психологическая нагрузка, которая, к сожалению, в расчет не принимается. Только за прошедшие 3 года Профсоюзом работников здравоохранения было подготовлено более 14 тысяч исков, оспаривающих результаты СОУТ, и 90 % из них были выиграны в судебном порядке.

Юрий Витальевич отметил, что изменения в законодательстве 2020–2021 гг. дают работникам больше возможностей и прав, в том числе право выразить несогласие с результатами СОУТ посредством обращения напрямую к работодателю или в трудовую инспекцию профкома. Надо сказать, что к этому моменту аудитория, собравшая лидеров региональных ассоциаций, уже гудела, – это на бумаге все правильно, а на местах ничего не получается, слово медицинской сестры редко принимается во внимание…

Проблема существует, это признал и эксперт ЦК Профсоюза. Поэтому было принято решение – первым делом провести большую информационную кампанию, включающую обучающие

вебинары по правам медицинских работников при проведении СОУТ. Параллельно с этим в рамках проекта «Лидерство в сестринском деле» руководители региональных организаций подготовят Соглашения с территориальными и местными организациями Профсоюза, с тем чтобы иметь больше возможностей помогать специалистам при возникновении сложных ситуаций на рабочих местах.

Не могли на этой встрече не обсудить последствия пандемии. Главный технический инспектор труда ЦК Профсоюза привел данные Института медицины труда, согласно которым порядка 160 тыс. медицинских работников России перенесли заболевание COVID-19, 400 человек скончались. Сегодня ЦК Профсоюза готовит инициативу по изданию Книги памяти. Мы обязательно примем участие в подготовке этого издания, чтобы увековечить память наших коллег – героев, не оставивших свой пост в самые трудные месяцы пандемии.

Эту и многие другие задачи предстоит воплотить в жизнь национальному офису, правлению, секциям и всему сообществу лидеров Ассоциации.

Заканчивалось совещание Координационного совета распределением задач, – за полтора часа работы в группах участники запланировали столько, что каждый покидал Санкт-Петербург с большим перечнем домашних заданий, – подготовить постер, определить делегатов на очные мероприятия, выбрать докладчиков от своего региона, создать группу в соцсетях, если таковой еще нет, быть активнее в ведении сайта организации, работать с информацией как с важным ресурсом взаимодействия с сотнями и тысячами членов организации. Мы уверены, что при поддержке членов организации, неравнодушных к своей профессии специалистов, этим задачам суждено воплотиться в жизнь!

2–4 ноября

Конгресс Международного совета медсестер

2–4 ноября состоится конгресс Международного совета медицинских сестер «Сестринское дело во всем мире». Пандемия заставила изменить формат мероприятия и организовать его в виртуальном пространстве, тем самым повысив его доступность для специалистов всех стран. Участников ждет встреча с ведущими экспертами и мировыми лидерами профессии, участие в симпозиумах, посвященных самым актуальным вопросам развития профессии, виртуальное путешествие по всем регионам мира – каждому в рамках конгресса будет выделено время, чтобы познакомить аудиторию с тем, как живут и работают медицинские сестры сейчас, как преодолели пандемию, каких перемен в поддержку своей профессии добились.

Обратите внимание, что регистрация и оплата участия по сниженным ценам осуществляется до 9 июня. Подробная информация доступна по штрих-коду, а также на сайтах РАМС и Международного совета медсестер.

27–28 сентября

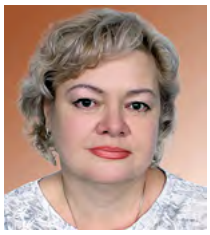
Конгресс Ассоциации медицинских сестер России

Предстоящей осенью в Санкт-Петербурге состоится конгресс с участием ведущих специалистов и руководителей практического здравоохранения и образования, будут представлены лучшие проекты, рекомендации, исследования и инновации, которые доказали свою состоятельность. Мы ждем специалистов всех профилей, ведь в рамках выставки конгресса будут вести свою работу 22 специализированные секции Ассоциации медицинских сестер России. Получить новые знания, приобрести новых друзей, встретить своих единомышленников Вы сможете приехав в Санкт-Петербург или подключившись к трансляции мероприятия. Регистрация на конгресс будет объявлена в июне, следите за объявлениями на веб-сайте РАМС https://medsestre.ru/ и подписывайтесь на наши новости «Вконтакте» https://vk.com/medsestre

АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ

БЕЛАЯ РОМАШКА

ВО ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПРОВЕЛИ КОНКУРС ЛИСТОВОК



Шагаева Л.И.
Главная медицинская сестра, ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический фтизиопульмонологический медицинский центр»

Ежегодно 24 марта отмечается Всемирный день борьбы с туберкулезом. Он был учрежден в 1982 году Всемирной организацией здравоохранения, а в 1998 году получил официальную поддержку ООН.

Дата 24 марта выбрана неслучайно – в этот день в 1882 году немецкий микробиолог Роберт Кох в лекции перед Физиологическим обществом Берлина впервые описал возбудитель туберкулеза – микобактерию (палочка Коха). Открытие сделало возможным диагностику и лечение этой болезни. Цель Всемирного дня борьбы с туберкулезом – привлечение внимания общественности к масштабам этой болезни, способам ее профилактики и лечения.

В России на протяжении 10 лет отмечается снижение уровня заболеваемости и смертности от туберкулеза, но и сегодня туберкулез остается одной из социально значимых для нашей страны болезней. Преимущественно (почти 59,3 %) туберкулезом болеют люди трудоспособного возраста – от 18 до 44 лет.

Туберкулез не выбирает, заболеть им может каждый, – и взрослый, и ребенок, и мужчины, и женщины. По статистическим данным чаще всего болеют туберкулезом мужчины трудоспособного возраста.

Лечение – это всегда активное сотрудничество врача, пациента и родственников. Туберкулез в XXI веке – заболевание излечимое! Успех лечения зависит от многих факторов, включая стадию, на которой выявлен процесс, наличие сопутствующих заболеваний, точность выполнения пациентом назначений врача.

> Не избежали заболевания туберкулезом многие всемирно известные деятели науки, культуры и искусства: лауреаты нобелевской премии – Эрвин Шрёдингер и Ромен Роллан; президент США Эндрю Джексон; османский султан Махмуд II; актеры Ж.П. Бельмондо, Вивьен. Ли; писатели: А.П. Чехов, М. Горький, Н.А. Добролюбов; композиторы Ф. Шопен и Ф. Гайдн.

Главная защита нашего организма от туберкулеза – это наш иммунитет. Если иммунная система здорова, то и туберкулезу, как и другим инфекционным процессам, в организме будет дан ответ. А вот снижение иммунитета способствует развитию заболевания. Меры профилактики и снижения риска заболевания туберкулезом сегодня широко известны специалистам, – к их числу относится соблюдение принципов здорового образа жизни: отказ от вредных привычек, правильное питание, отсутствие стрессов. Поэтому деятельность персонала со средним медицинским образованием по вопросам профилактики заболевания туберкулезом имеет исключительно высокое значение. Именно медицинские сестры могут привлечь внимание общества к профилактике туберкулеза и показать, как важно и насколько серьезно нужно относиться к данной проблеме.

В этом году секция «Сестринское дело во фтизиатрии» Ассоциации медицинских сестер Кузбасса при поддержке министерства здравоохранения Кемеровской области провела конкурс на лучшее оформление информационной листовки «Профилактика туберкулеза», приурочив его к Всемирному дню борьбы с туберкулезом, акции «Белая ромашка»

Цель конкурса состояла в том, чтобы повысить информационную грамотность населения Кузбасса по профилактике заболевания, в том числе:

1. Привлечь внимание к проблеме высокой заболеваемости туберкулезом в Кузбассе.

2. Привлечь волонтёров к распространению информации по профилактике туберкулеза.

3. Оказать содействие пропаганде здорового образа жизни.

В конкурсе по оформлению листовок приняли участие 27 медицинских организаций.

По итогам конкурса первое место заняла Тулинова Виктория Сергеевна, старшая медицинская сестра амбулаторного отделения № 2 ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический фтизиопульмонологический медицинский центр». Второе место – Василенко Кристина Алексеевна, медицинская сестра процедурной оториноларингологического отделения ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница имени С.В. Беляева». Третье место – Ермолаева Наталья Михайловна, старшая медицинская сестра Междуреченского филиала ГБУЗ КО «Новокузнецкого клинического противотуберкулезного диспансера».

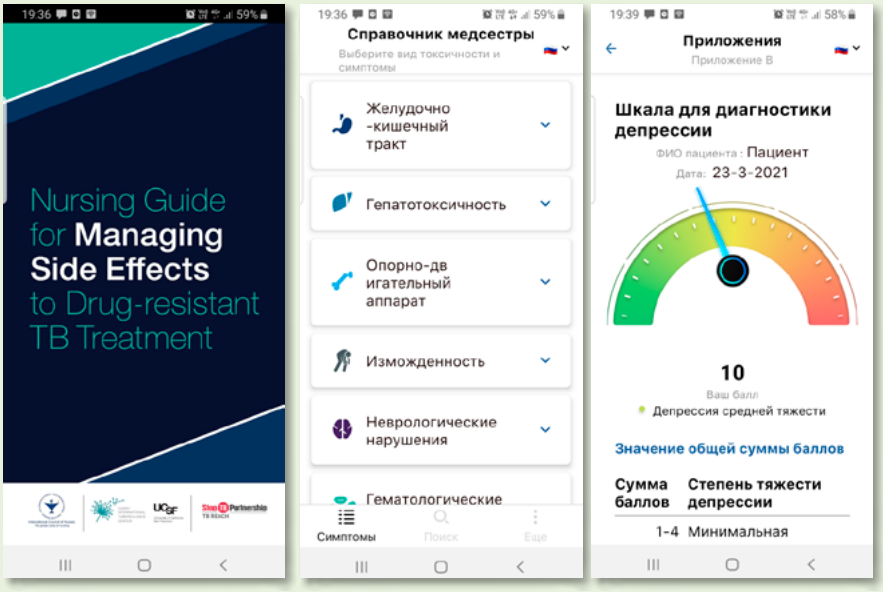
Победители и лауреаты будут награждены на областном торжественном мероприятии, посвященном Международному дню медицинской сестры.

Листовки, занявшие первое и второе место, растиражированы Ассоциацией медицинских сестер Кузбасса в количестве 10 тыс. экземпляров и распространены на территории Кузбасса в рамках акции «Белая ромашка» в медицинских организациях, учебных заведениях, торговых, финансовых предприятиях, улицах области среди населения.

От лица Кемеровской секции «Сестринское дело во фтизиатрии» поздравляю победителей. Каждый из нас может внести свой вклад в борьбу с туберкулезом!

Отмечая Всемирный день борьбы с ТБ в этом году, ВОЗ обращает внимание всех государств, всего профессионального сообщества на то, что вследствие пандемии и снижения доступности помощи по профилю фтизиатрия, в 2020 году ее получили на 1,4 миллиона человек меньше, чем 2019. Президент Международного совета сестер Аннет Кеннеди подчеркнула, что пандемия серьезно утяжелила положение пациентов с туберкулезом.

Во всем мире и в нашей стране предстоит большая работа, к сожалению, эксперты прогнозируют новый подъем заболеваемости ТБ. Специалисты должны быть к нему готовы.



Поздравив специалистов с этим важным днем, 24 марта Международный совет медсестер и Ассоциация медицинских сестер России представили новое мобильное приложение. Оно поможет специалистам в оказании помощи пациентам с ЛУ-ТБ, позволит быстрее определять побочные эффекты и снижать их воздействие.

Появление нового инструмента для работы стало возможным благодаря проекту Международного совета медсестер по развитию сестринской помощи во фтизиатрии и активному в нем участию Российской ассоциации медицинских сестер. Ведь сама идея серьезного изучения побочных эффектов и укрепления роли медицинской сестры в их профилактике, раннем выявлении и лечении принадлежала именно Ассоциации.

«Особенно хочется поблагодарить фтизиатрическую секцию РАМС, медицинских сестер, которые приняли участие в разработке идеи таких материалов еще в 2014 году. Мы провели несколько раундов работы, – вносили предложения, проводили апробацию проекта руководства по побочным эффектам, распространяли и внедряли печатный вариант издания и, уже с началом этого года, помогали в создании русскоязычной версии приложения», отметила с связи с выходом приложения Валентина Антоновна, президент РАМС.

"Это приложение чрезвычайно информативно для медсестры, стремящейся выявить и облегчить побочные эффекты противотуберкулезных препаратов и АРВ-препаратов у больных туберкулезом. Это полезный инструмент, помогающий медсестрам контролировать состояние пациентов и быстро и эффективно вмешиваться, что повышает авторитет медсестры в многопрофильной медицинской бригаде, ухаживающей за больными туберкулезом. Это приложение особенно удобно для медсестер, проходящих обучение, – с ним они могут быстро научиться управлять побочными эффектами у больных туберкулезом и лучше понять комплексный характер противотуберкулезной помощи. Огромное спасибо за такой профессионально сделанный и рабочий инструмент для повседневного использования", прокомментировала Татьяна Федоткина, руководитель ТБ секции РАМС.

Приложение Nursing Guide for Managing Side Effects to Drug-resistant TB Treatment (Сестринское руководство для лечения и профилактики побочных эффектов терапии ЛУ-ТБ) доступно для скачивания на мобильные устройства – в Google Play и в Apple App store. После скачивания пользователь может выбрать, на каком языке будет использовать приложение.

ДОРОГАМИ МИЛОСЕРДИЯ

Евгения ЕРОХИНА
Исполнительный директор РООМС

Не каждому в жизни выпадет удача встретить на своем пути человека, перешагнувшего вековой рубеж. А нам вот довелось! И мы хотим поделиться своими впечатлениями от знакомства с потрясающей женщиной – Минаевой Валентиной Петровной, нашей коллегой.

Родилась она в большой крестьянской семье, в Кировской области 5 февраля 1921 года. Совсем недавно она отпраздновала свой 100-летний юбилей!

В 1939 году закончила Вятскую фельдшерскую школу (ныне – Кировский медицинский колледж, один из старейших в Российской Федерации), акушерское отделение, а затем уехала работать в село Юрьево, что в 20 км от города. И никто поначалу всерьез ее не воспринимал. Но она, умница, наладила просветительскую работу – ездила по деревням, прямо в поле подходила к бригадиру, останавливала работы, собирала женщин и рассказывала им: "Вы не смотрите, что я молодая, я очень много знаю, нас отлично учили!" Так и приучила потихоньку женщин обращаться не к бабкам-повитухам, а к ней, акушерке. И стали к ней из дальних сел приезжать со своими проблемами, а уж она-то и вовсе каждую неделю на роды выезжала. Рассказывает случай из практики: «Приезжаю в избу, женщина рожает, а муж кричит: "Если девку родишь, обоих из дома выгоню!"» А роды тяжелые, двойня! Прошу мать папаши принести таз с теплой водой, а она стоит столбом. Ждет… кто же будет. Вот когда первый малыш на свет появился, только тогда она и очухалась, побежала за водой с криками: "Мальчик! Мальчик!"»

Сложно было на участке самостоятельно работать, посоветоваться не с кем, всю ответственность на себя приходилось брать, а было-то ей всего 19 лет…

30 ноября 1939 года началась советско-финская война, Валентину призвали в Петрозаводск служить медицинской сестрой в хирургическом отделении военного госпиталя. Вот там она насмотрелась ужасов войны и горя людского. «Жуткие были морозы, температура падала ниже 40 градусов, обмундирование плохое, солдаты замерзали. Очень много было обморожений рук и ног, приходилось делать ампутации. И лежали совсем молодые солдатики – у кого рук нет, у кого ног, а у кого ни того ни другого. "Сестрица, – просят, – уколи что-нибудь, кому я такой урод нужен?" Сколько слез пролила. Бывало сядешь рядом, гладишь его по голове, успокаиваешь, как можешь…» Помнит, как впервые увидела обгоревшего танкиста: он лежал под каркасом, медсестры обкладывали его грелками, чтобы хоть как-то согреть, обрабатывали ожоговую поверхность, транспортировке он не подлежал – стояли страшные морозы.

Вспоминает Валентина Петровна о той войне с болью и горечью. После финской вернулась она домой, пошла на подготовительный курс медицинского института, да в институт так и не успела поступить – снова война, теперь уже Великая Отечественная.

Не довелось Валентине на передовой побывать, но и в тылу, в Забайкальском военном округе, в госпитале, куда ее снова призвали, работы было немало. Условия были тяжелыми, лекарств и продовольствия не хватало, особенно в начале войны, зарплату всю до копеечки перечисляли для фронта, для победы. Валентина Петровна здесь была хирургиче-

ской сестрой и заместителем начальника госпиталя. Попадали сюда на долечивание не только красноармейцы после ранений, но и совсем мальчишки, 17–19 лет после дизентерии и сыпного тифа с дистрофией, и не было никакой возможности их выходить, потому что питание было плохое, в основном поставляемые союзниками картошка, морковка в сухом виде, консервы, 500 г хлеба в день на человека. Так что забот на ее долю хватало – помимо ухода за ранеными, еще и лекарственное обеспечение, и продовольственное, да и в целом все хозяйство на ней.

В госпитале Валентина Петровна познакомилась с будущим мужем, Николаем, а поженились они уже после Маньчжурской операции.

Наступила долгожданная победа… Но 9 августа 1945 года началась советско-японская война (Маньчжурская операция). Перед Красной армией стояла задача разгромить японские войска на территории Китая и Северной Кореи.

Наши войска пошли в наступление, за ними выдвинулся и госпиталь, начальником штаба которого была Валентина Петровна. Эта короткая война запомнилась ей особой жестокостью японцев: они отравили воду во всех колодцах на пути следования войск, а однажды ночью японские лазутчики, пробравшись в соседний госпиталь, вырезали раненых и персонал. Так что приходилось не только лечить, но и охранять. Когда освободили Харбин, их очень тепло встретили наши эмигранты – приносили молока, хлеба. Как-то на улице рикша предложил Вале ее подвезти, а она ответила: «Русский мадам на людях не катается». 3 сентября война закончилась, там ее и нашел Николай. Вернувшись обратно в Забайкальский округ, они поженились: «Чтобы расписаться, надо было заплатить 15 рублей. Была я в девичестве Пинаева, а стала – Минаева. Всю жизнь потом муж шутил: «За одну букву 15 рублей отдали!»

Потом Валентина, как жена военнослужащего, следовала за ним по местам службы – Чита, Ташкент. В 1946 году родился первый сын, через 4 года – второй. Жили, хоть и трудно, но дружно и весело, и никогда ни на что не жаловались, любовь и уважение друг к другу пронесли через всю жизнь. До сих пор Николай – в каждом ее воспоминании, хотя давно уже нет его, как нет и сыновей…

В 1962 году Валентина Петровна с семьей переехала в Москву и поначалу устроилась на работу в поликлинику «старых большевиков» медицинской сестрой. А в 1964 году перешла в медсанчасть № 12, которая позже была включена в состав ФМБЦ им. Бурназяна, где и проработала акушеркой до 72 лет.

За свое служение Валентина Петровна получила награды: Орден Отечественной войны I степени, «Отличник санитарной службы», медаль «За победу над Японией», медаль «За боевые заслуги».

Общаясь с Валентиной Петровной, ощущаешь невероятный прилив сил и жизненной энергии! В свои 100 лет она замечательно выглядит, обладает прекрасным чувством юмора, бодра и всегда рада гостям. У нее большая семья: 3 внука, 1 внучка, 2 правнука, 3 правнучки, есть подруги.

В конце беседы мы попросили Валентину Петровну пожелать что-то медицинским сестрам.

«Я желаю вам всем терпения. А еще желаю вам любить свою работу и относиться к ней ответственно!»

А мы в свою очередь пожелаем Валентине Петровне наслаждаться каждым днем жизни, хорошего настроения, бодрости духа и неиссякаемой энергии и, конечно же, здоровья!

ВСЕГДА НА ПОСТУ!

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ

Анна Александровна АБЫЗОВА
Медсестра палатная (постовая) офтальмологического отделения ФГКУ «442 ВКГ» МО РФ

Развитие офтальмологической службы военнослужащим в России проходило постепенно с учетом накопленного опыта. Так, с момента открытия кафедры офтальмологии в Санкт-Петербурге в 1860 году прошло более семидесяти лет, прежде чем сотрудниками Военно-медицинской академии Красной армии им. Кирова Б.Л. Поляком и профессором В.Н. Долгановым в 1934 году были разработаны основные задачи военно-полевой офтальмологической службы.

Совершенствование технического оснащения, вооружения и в то же время средств защиты, а также конкретные условия боевых действий определяют многообразие и особенности поражений органа зрения.

Повреждения органа зрения и их последствия – одна из проблем современной офтальмологии, имеющая высокую социальную значимость и являющаяся одной из основных причин слепоты и первичной инвалидности по зрению в нашей стране и за ее границами. При этом в большинстве случаев страдают люди молодого трудоспособного возраста, требующие впоследствии социальной и психологической реабилитации.

Специализированную медицинскую помощь в экстренной, неотложной и плановой формах стационарной помощи (в том числе в условиях дневного стационара) военнослужащим и иным прикрепленным контингентам в зоне территориальной системы медицинского обеспечения (ТСМО) по профилю «офтальмология» оказывает одно из основных подразделений ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России.

Работа отделения организована круглосуточно. В отделении разверну-

то 20 коек, операционная, смотровая, процедурный кабинет. Для консультаций амбулаторных пациентов имеется отдельный смотровой кабинет, кабинет компьютерной томографии сетчатки глаза. На высоком профессиональном уровне диагностируются и лечатся заболевания органов зрения. На лечение в офтальмологическое отделение госпиталя направляются:

- пострадавшие с механическими, термическими, химическими, лучевыми и комбинированными повреждениями органа зрения;
- пациенты с острыми и не поддающимися лечению в части хроническими заболеваниями вспомогательных органов глаза (веки, слёзные органы);
- военнослужащие с постепенно ухудшающимся зрением (рассматривается острота зрения, не поддающаяся очковой коррекции) или утратившие его внезапно;
- пациенты с косоглазием.

Кроме того, оказывается консультативная, методическая, практическая помощь врачам-специалистам других отделений и кабинетов, филиалов и структурных подразделений учреждения, медицинскому персоналу медицинских частей, подразделений воинских частей. Проводится военно-врачебная экспертиза и экспертиза временной нетрудоспособности военнослужащим.

Работа медсестры заключается в том, чтобы грамотно провести диагностическое обследование пациента, лечебные процедуры и при этом найти правильный подход к больному, установить с ним контакт. Диагностическое обследование чаще всего сопровождается формой беседы «вопрос-ответ», в которой неукоснительно должны соблюдаться принципы медицинской этики и деонтологии. В лечебный процесс вовлекаются и родственники пациента, обеспечивая эмоциональную поддержку, участвуя, если необходимо, в перемене образа жизни.

К особенностям организации деятельности офтальмологического отделения ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России относится строгое соблюдение военного устава и дисциплины, так как госпиталь – это военная часть и военнослужащие, поступающие на лечение, не перестают быть служащими Российской армии. Каждые 2 часа до отбоя на отделении проводится построение личного состава для поверки, заступают в наряды, назначаются старшины. Несколько раз в году выполняются тренировки по антитеррору и боевым тревогам с эвакуацией пациентов, в которых участвует весь персонал госпиталя. Также при поступлении, обследовании и выписке военнослужащих срочной службы пациента всегда сопровождает сотрудник медицинской части, из которой он поступает на лечение, с передачей всех документов из рук в руки.

К сотрудникам госпиталя предъявляются особые требования по теоретическим знаниям, профессиональным навыкам и моральным качествам. Необходимо умение достойно вести себя в коллективе и с пациентами, обладать положительными личностными качествами.

Каждая смена дежурства для медицинской сестры начинается с доклада о состоянии пациентов, даются дальнейшие указания по работе и обследованиям. В это же время медицинская сестра сдает тренаж (система тренировочных упражнений) по оказанию неотложной помощи при различных патологических состояниях пациента по заранее утвержденному графику. Медсестра в устной форме отвечает по алгоритму оказания неотложной помощи на заданную тему. Происходит разбор темы, ответы на заданные вопросы и решение ситуационных задач.

После завтрака медицинская сестра обязательно сопровождает заведующего отделением и лечащего врача на обходе.

В течение дежурства выполняются стандартные функции: различные виды инъекций, в/в капельные вливания, инстилляции глазных капель и обследований, контроль за приемом пищи, согласно назначенным диетам. В операционные дни необходимо подготовить пациентов к операции, а также в дальнейшем обеспечить послеоперационный уход за местом оперативного вмешательства. Тактика послеоперационного ухода за пациентами зависит от вида проведенного оперативного вмешательства. В большинстве случаев пациенту требуется инстилляции антибактериальных и НПВС капель по назначению врача, туалет глаз и соблюдение асептического режима (не прикасаться к области оперативного вмешательства) в течение нескольких дней.

В течение дня медсестра занимается ведением учетно-отчетной документации. Согласно локальному приказу ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны России вся документация ведётся только в бумажном виде. Важной функцией среднего медицинского персонала является проведение с личным составом два раза в неделю санитарно-просветительской работы в виде занятий на различные темы (соблюдение личной гигиены военнослужащих, инфекционная безопасность, оказание первой помощи и др.).

Особое внимание в госпитале уделяют обучению медицинских сестер и врачей, два раза в год проходят обучающие циклы и лекции на актуальные темы. Каждый год среди 12 филиалов окружного госпиталя проводится конкурс медсестер, на котором оценивают теоретические знания и практические навыки конкурсантов; не обходится и без творческих состязаний. Работающие в военном госпитале медицинские сестры проходят непрерывное обучение, повышают свою квалификацию и профессионализм, получают новые знания, обмениваясь опытом.

Медицинские сестры ФГКУ «442 ВКГ» МО РФ всегда рядом с теми, кому нужна помощь и поддержка. Высокие требования к нашей работе обязывают нас всегда быть на посту!

МЕЧТЫ СБЫВАЮТСЯ

32 ГОДА СЛУЖИТ СЕЛЬСКОМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ЗУЛЬФИЯ БАБШАНОВА

Героиня этого повествования, Бабшанова Зульфия Садыковна, родилась в 1968 году, в небольшом Сибирском селе Вагайского района Тюменской области. Врачом хотела стать с раннего детства – лечила кукол, делала им «операции», уколы, а потом уже, подрастая, переключилась на друзей и подружек. В 1985 году после окончания средней школы Зульфия поступила в Тюменское базовое медицинское училище и закончила его в 1988 году с отличием по специальности «Фельдшер».

С самого начала обучения я осознала всю серьёзность и ответственность выбранной профессии, а также понимание того, что вероятнее всего работать по окончании учёбы придётся без чьей-либо помощи, т.е. самой за себя, возможно ещё и «за того парня». Так нас учили наши любимые преподаватели, которых я до сих пор вспоминаю с великой благодарностью!

Но не только то, как шло обучение, запомнилось больше всего, а то, какая интересная была у нас студенческая жизнь. Не забывается наш любимый учитель хирургии В.О. Герман, который привил нам любовь к своему предмету. Все годы учебы я принимала активное участие в работе студенческого хирургического кружка, а в конце учебы была признана лучшим знатоком хирургии. Наши преподаватели занимались не только обучением по специальности, но и нравственным воспитанием своих студентов.

С улыбкой вспоминаю первое практическое занятие в процедурном кабинете поликлиники по в/м инъекциям. Как я боялась, переживала, что не смогу сделать свой первый укол…

Самая высокая концентрация замечательных, умных людей, с самыми лучшими человеческими качествами и талантами пришлась на эти три незабываемых года. Забегая вперед, надо сказать, что из нашего выпуска многие продолжили обучение в институтах, стали высококвалифицированными врачами, преподавателями, а фельдшера – заслуженными работниками.

Но всё когда-нибудь заканчивается, подошла к своему завершению и лучшая пора молодости – студенчество. Месяц всенощных подготовок и вот госэкзамены позади, а мы уже не студенты.

Наступил день распределения. Мы, выпускники, толпились у дверей, пытаясь угадать место своей будущей работы. Конечно, закончившие мед. училище с отличием знали, что распределение для них будет «свободным». Так как почти вся моя практика проходила на скорой помощи, я для себя сразу решила, что пойду работать именно туда.

Начались мои трудовые будни на скорой помощи. Проработала я на станции скорой помощи № 3 ровно 1 год. Очень важный для меня год, самый первый. Сколько опыта, сколько профессионального роста вместил в себя этот год! С большой благодарностью вспоминаю коллектив нашей подстанции, в который я влилась и который относился ко мне с такой теплотой. Здесь я научилась любить свою работу, уважать своих коллег, их труд, и, конечно, своих пациентов. До сих пор помню это чувство удовлетворенности и радости от своей работы, когда спасаешь пациентов от смерти.

Так, из неопытного молодого специалиста за 1 год я превратилась в знающего свое дело профессионала. Местом моей работы на все последующие годы стало соседнее село в 12 км от нашего с мужем дома.

15 мая 1989 года я впервые приехала на место своей новой работы. Показали мне старый-старый дом и сказали: «Это твой медпункт». После работы в городе этот дом, построенный в 1903 году, показался мне настолько старым и вросшим в землю, что я подумала: «Он рухнет, как только я туда войду!» Встретила меня санитарка Нина Ивановна Сухоногова. Руки опустились, честно, я готова была заплакать – не такой представлялась мне работа медика в детских мечтах. Но санитарка оказалась настолько умным, тактичным, скромным человеком, что, увидев маленькую растерянную девочку, съежившуюся, как ёжик, мгновенно оце-

нив ситуацию, сразу улыбнулась, обняла меня и произнесла только одно слово: «Сработаемся!». Проработала я в этом доме 18 лет.

Поначалу работать было трудно, я узнала, что фельдшер на селе – это хирург, акушер, стоматолог, педиатр. Эти и многие другие специальности пришлось испытать на себе.

Начало моей работы пришлось на трудные 90-е годы. В стране был развал, а о деревне и говорить не стоит. ФАП располагался в 12 км от моего дома. Приходилось добираться на работу ежедневно на чем придется. Дорог не было, особенно осенью и весной. Пока был совхоз, работников возили на телеге трактора «Беларус». Молодость есть молодость, – мы не чувствовали этих трудностей, особенно в наводнение, когда приходилось переплывать на лодках. Ездили на том, что было, и ведь не жаловались, а улы-

бались, радовались жизни и, конечно, работали.

Запомнился случай. *Приехала на тракторе на работу, иду по деревне, а навстречу идет бабушка 77 лет. Показывает мне руку, а там пальца нет. Притом идет спокойно, без единого намека на панику и мне рассказывает: «Пошла пасти своего быка, веревку привязала одним концом к его рогам, а другим концом к большому пальцу руки. Пока бык спокойно шел, я шла за ним. Как только бык побежал, мне тоже пришлось за ним бежать. Дошло до того, что бежать я больше не могла, а бык в бешенстве дергал верёвку с такой силой, что оторвал мне палец». Бык убежал, а бабушка осталась лежать с оторванным пальцем. Долго я удивлялась, как только бабушка меня дождалась спокойно, без паники. Конечно же, помощь была оказана тут же, но каких трудов стоило мне уговорить её поехать в больницу к хирургу, ведь за всю свою 77-летнюю жизнь она ни разу не лежала в больнице. Уговаривала её больше, чем оказывала ей помощь, но всё же увезла её в стационар. Прожила моя бабушка ещё 10 лет, но уже без одного пальца на руке.*

В 1996 году совхоз распался, и тракторов не стало. Стала ездить на совхозной лошади, тогда нас еще возили. И к такому тоже привыкли. *На всю жизнь запомнила поездку на лошади зимой. По каким-то причинам задержалась на работе, пришлось долго оказывать помощь, все уже уехали домой, а я осталась. Ничего не поделаешь, пошла искать, на чем добраться. Попросила семейную пару Гопкиных увезти меня на своей лошади, темно уже было, метель началась. Они согласились, повезли меня, лошадь бежит, а в лесу волки воют, лошадь чувствует, боится, но бежит. До сих пор помню, лошадь звали Ветка, хотя прошло уже больше 25 лет!*

Но на этом приключения не закончились. Позже и лошади совхозной не стало – пришлось ходить на работу пешком, а это 12 километров. Прихожу в медпункт, а там народу уже полно, ждут меня. Спокойно, без криков, без истерики, терпеливо, знают, какой путь пройти надо. В то время никто в больницу не ездил – фельдшер сам назначал лечение, сам лечил. Никаких одноразовых инструментов и в помине не было! Все кипятили сами в стерилизаторах на печи. К моему приходу моя санитарка уже подготавливала шприцы и инструменты – была научена как стерилизовать. И ведь что удивительно: ни разу не было осложнений, некрозов, абсцессов, а тупые иголки сами точили, чистили, снова кипятили и снова, ими работали – других не было! Отдохнув, проведя нужное лечение, консультации, обходы, я снова отправлялась обратно домой пешком, ведь там меня ждали муж, дети и целое хозяйство: коровы, овцы, куры. Вот так проходил рабочий день.

В один из таких дней также шла на работу пешком. Иду по деревне и плачу, – осень, грязь, слякоть. Навстречу мне идет незнакомый представительный мужчина и спрашивает: «А почему вы плачете?». А я, не зная с кем разговариваю, всхлипываю и рассказываю: «Я медработник, фельдшер, живу в соседней деревне в 12 км отсюда, дороги нет, каждый день хожу пешком, уже сил нет так работать!». А он внимательно выслушал и спрашивает: «Вы замужем?». Я: «Да!». А он дальше тактично выспрашивает меня: «А у вашего мужа какая-нибудь техника есть?». Я: «Да, гусеничный трактор, но у нас солярки нет, чтобы ездить!». И опять плачу – себя жалко! А он снова говорит: «Не плачьте – я Вам помогу!». Честно, не поверила ему и дальше пошла.

А на следующий день к нам домой привезли целую 200-литровую бочку солярки! Вот уж когда порадовалась, никогда я не думала, что буду рада солярке! У мужа тогда работы не было, вот и возил меня на гусеничном тракторе на работу, пока солярка не закончилась, какой-никакой транспорт. Работа была превыше всего, так нас воспитали. Ведь даже мысли не было не выйти на работу хоть один день, потому что знала – меня там ждут! А мужчина тот оказался заместителем главы района.

Время идет своим чередом, к трудностям, наверное, тоже привыкаешь. К счастью, за все то сложное время обошлось без тяжелых случаев. Машины скорой помощи не было, да и не проехала бы она. А если надо было увозить больного в участковую больницу за 25 км, приходилось самой искать где-нибудь машину, чтобы его увезти. Вот так мы работали, так жили. *Вспомнился случай: Осень, у меня выходной. Приехал за мной дедушка на своем мотоцикле «Урал». Рассказывает, что его бабушке плохо, что-то случилось с ней. Приехал за мной благополучно, хотя дорога – грязь. Сели мы на мотоцикл и застряли. Вот толкаем мы с ним этот тяжеленный мотоцикл, а он и не двигается с места, застрял на совесть. Дедушка уже в возрасте и от тяжелой физической нагрузки ему плохо стало – приступ стенокардии.*

Теперь пришлось оказывать помощь уже самому водителю –

Аппарат автоматический для аэрозольной дезинфекции

АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ»

Инструкция по применению разработана совместно с ФБУН НИИДезинфектологии Роспотребнадзора

КРОНТ

ВРЕМЯ 3 МИНУТЫ **ОБРАБОТКИ**

ОБЪЁМ 60 $М^3$ **ПОМЕЩЕНИЯ**

КОЛИЧЕСТВО 180 МЛ **ДЕЗСРЕДСТВА**[1]

Аэрозольный метод, согласно МР 3.5.1.0103-15, применяется для ОДНОВРЕМЕННОГО обеззараживания воздуха и поверхностей в ОПЕРАЦИОННЫХ БЛОКАХ и помещениях всех категорий медицинских организаций, в качестве ОСНОВНОГО/ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО или альтернативного метода дезинфекции.

Аппарат создает стабильный аэрозоль (частицы 10÷30 мкм) дезсредства[1], например H_2O_2, что оказывает наибольший дезинфицирующий эффект с целью уничтожения патогенной флоры – бактерий (включая микобактерию туберкулеза), вирусов (включая КОРОНАВИРУС), грибов, плесени.

Принудительная циркуляция воздуха в помещении[2]

Варианты обработки различных помещений:

Норма расхода дезсредства[1]	Объём помещения		
	60 $м^3$	130 $м^3$	300 $м^3$
3 мл/$м^3$	3 мин	7 мин	15 мин
6 мл/$м^3$	6 мин	14 мин	30 мин
12 мл/$м^3$	12 мин	26 мин	

[1] **Дезинфицирующие средства:**

— перекись водорода 6% (H_2O_2) - после обработки полностью распадается на кислород O_2 и воду H_2O;

— любые дезсредства, зарегистрированные и разрешенные к применению в РФ, с подтвержденной эффективностью в режимах аэрозольной дезинфекции по воздуху и поверхностям.

[2] **Принудительная циркуляция воздуха**, создаваемая встроенным вентилятором, повышает эффективность обработки помещения.

АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ»
Регистрационное удостоверение
№ РЗН 2020/9655

30 ЛЕТ НА РЫНКЕ

Лидер технологий дезинфекции в России

АО «КРОНТ-М»: +7 (495) 500-48-84; *https://**kront.com***

КРОНТ

ДЕЗАР®

КРОНТ

Предприятие основано в России в 1992 году

Бактерицидная эффективность:
до 99,9%

Производительность:
до 100 м³/час

ДЕЗАР-2[1]

ДЕЗАР-3[2], ДЕЗАР-5[3]

ДЕЗАР-4[2]
ДЕЗАР-7[3]

Цифровой счетчик наработки часов

Фильтровальный блок в сборе

Фильтр воздушный сменный ФВС-«КРОНТ» или ФУС-«КРОНТ»

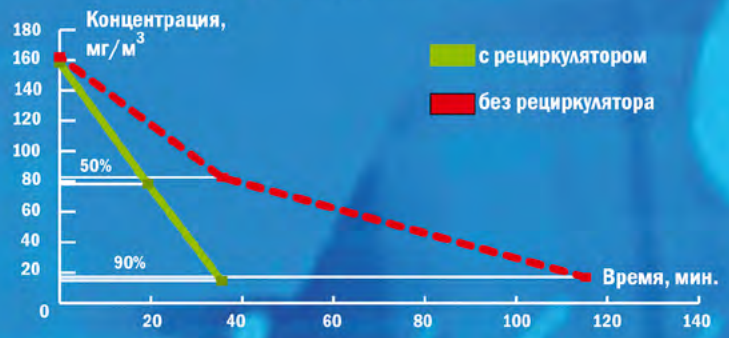
ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ И ОЧИСТКА ВОЗДУХА В ПРИСУТСТВИИ ЛЮДЕЙ

[1] Облучатель-рециркулятор воздуха УФ-бактерицидный настенный ОРУБн2-01-«КРОНТ» по ТУ 9451-019-11769436-2003
[2] Облучатель-рециркулятор воздуха ультрафиолетовый бактерицидный ОРУБ-3-3-«КРОНТ» по ТУ 9451-029-11769436-2006
[3] Облучатель-рециркулятор воздуха ультрафиолетовый бактерицидный ОРУБ-3-5-«КРОНТ» по ТУ 9451-029-11769436-2006

Категория помещений	Бактерицидная эффективность*	МОДЕЛЬ	Типы помещений
I	99,9%	ДЕЗАР-5 настенная ДЕЗАР-7 передвижная	Операционные, предоперационные, родильные, стерильные зоны ЦСО, детские палаты роддомов, палаты для недоношенных и травмированных детей
II	99,0%	ДЕЗАР-3 настенная ДЕЗАР-4 передвижная	Перевязочные, комнаты стерилизации и пастеризации грудного молока, палаты реанимационных отделений, помещения нестерильных зон ЦСО, бактериологические и вирусологические лаборатории, станции переливания крови
III	95,0%	ДЕЗАР-2 настенная	Палаты, кабинеты и другие помещения ЛПУ

* *Норма бактерицидной эффективности в отношении S.aureus (санитарно-показательный микроорганизм)*

Общая загрязненность



Оценка эффективности очистки воздуха

Проводилась в реальных условиях работы операционного блока на базе Федерального государственного бюджетного научного учреждения "Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского" (РНЦХ) по общей загрязненности и, в частности по анестезирующему газу – севофлурану.

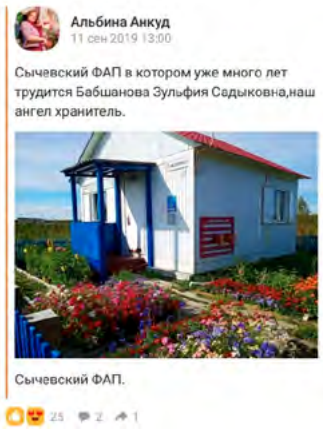
Подробный отчет по исследованиям:
http://kront.com/images/norm/nrcs2016.pdf

Телефон: +7 495 500-48-84, эл. почта: info@kront.com

Интернет: https://kront.com

Нина Ивановна и я. В старом медпункте

После аттестационного экзамена на категорию



не только мотоциклу! Видел бы меня тогда кто-нибудь – вся в грязи, а человека спасать надо! Некогда было смотреть на свои грязные руки, одежду – скорее бы оказать помощь! Еле-еле вывела его из предынфарктного состояния. Пока сидели в канаве – стемнело, а там все еще бабушка меня ждет, жива еще или нет, не знаем. Хорошо, что бабушка додумалась отправить за нами соседа на УАЗике, видимо догадалась, что мы застряли. Вытащили нас, а я успела к своей старенькой пациентке, у которой было предынсультное состояние. Прожила она после этого еще долго-долго.

Когда прошли тяжелые 90-е годы, стали строиться дороги, появились рейсовые автобусы! Зима. Холодно. Утром приезжала на работу на рейсовом автобусе очень рано, еще темно. Бегу к своей санитарке домой, Нина Ивановна уже не работала, ушла в 77 лет на пенсию. Прибегу к ней, а Нина Ивановна, затопит русскую печку, напечет блинов и ждет меня, зная, что я замерзну до кончиков пальцев. Отогреюсь на печи, успокоюсь и иду в свой старенький, любимый медпункт спасать и лечить своих пациентов.

Разве забудется такая забота Нины Ивановны? Любимой и дорогой Нины Ивановны, которая стала для меня второй мамой! У нее не было своих детей, и всю свою любовь и заботу она отдавала мне, а я отвечала ей благодарностью как дочь, все 13 лет, что ее знала! Прожила она долгую жизнь и умерла тихо, спокойно у меня на руках.

Жизнь продолжается, несмотря ни на что я продолжаю работать. Бывали и весна и лето, когда дороги были хорошие, тогда ездила на работу на велосипеде. Еду на велосипеде летом, а за мной черное облако летит – оводы. Я стараюсь, кручу педали, чтобы они отстали от меня, а они все равно кусают меня. Как же мне обидно было! Встречные машины мне сигналят, смеются, а я плачу от обиды. Все время думала: «Когда же это закончится, когда же я смогу спокойно на работу добираться». Сколько раз пыталась уволиться: и заявление писала, и звонила, но каждый раз меня отговаривали, каждый раз я вновь бралась за работу. Понимала: «Медицина без меня обойдется, а я без любимой медицины не смогу!»

В медицине, как и в других профессиях, важно обновлять свои знания, каким бы ты знающим не был. Мой первый цикл учебы по повышению квалификации случился в январе 1997 года. С каким волнением мы приехали в районную больницу на обучение. Все было впервые – и учеба, и преподаватели, приехавшие из Тюмени. Нечасто, даже сейчас, в настоящее время приезжают в район обучать простых фельдшеров доврачебного звена из областного центра. Два месяца учебы пролетели очень быстро, было интересно, узнавали новое, а практика проходила здесь же, в районной больнице. Принимать квалификационный экзамен приехала комиссия из Тюмени. Запомнилось, как мы волновались, переживали, стоя всей толпой у двери в приемной, где находилась аттестационная комиссия. Но все, конечно, сдали экзамен благополучно, решением аттестационной комиссии от 31 января 1997 года мне была присвоена первая квалификационная категория по специальности «Лечебное дело». Моя самая первая категория! Конечно, в дальнейшем каждые 5 лет мы снова учились, повышали категории, теперь уже высшую, но та первая запомнилась на всю жизнь!

В 2000-х, когда жизнь в стране стала налаживаться, и у нас появилась асфальтированная дорога. Вот где счастье-то! Просто красота! Не упуская возможности нормально и комфортно добираться до своей работы, в 2001 году я выучилась на водителя и получила водительское удостоверение. Вот теперь я уже сама ездила за рулем моего первого автомобиля «Ока», и добираться до работы стала за 10 минут! Правда, в поездках на автомобиле возникали свои трудности, но это уже совсем другая история!

Сейчас, проработав 32 года на своем ФАПе и вспоминая первые годы своей работы, я понимаю – оказывается, лечить людей, оказывать им неотложную помощь не было моей самой большой трудностью – трудностью было добраться до работы!

Самое радостное событие случилось 7 марта 2007 года. Вместо старого медпункта в деревне появился новый ФАП – первый модульный ФАП в районе решено было поставить в деревне, где я работаю. Видимо, я его заслужила! Моей радости не было предела!

Наконец-то вместо старого дома с осыпающейся штукатуркой у меня будет новый, настоящий модульный мед. пункт! Место для нового ФАПа разрешили выбрать самой, так как я лучше всех знала, где его поставить. Когда привезли модули и стали монтировать, я по несколько раз в день бегала смотреть, что там делают. Рабочие смеялись, а я не могла поверить! Наконец-то после 18 лет работы в старом доме осуществилась моя мечта работать в новом оборудованном ФАПе!

СВЯЩЕННЫЙ ПОДВИГ, СВЯЩЕННАЯ СЛАВА

75-ЛЕТИЮ ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ ПОСВЯЩАЕТСЯ...

Тамара Васильевна Дружинина
Президент Ассоциации медицинских сестёр Кузбасса, заслуженный работник здравоохранения РФ, член Общественной палаты Кемеровской области

КНИГА ПАМЯТИ

В год 75-летия Великой победы журнал Вестник открыл историческую рубрику, посвященную героической славе медицинских работников – участников Великой Отечественной войны. Страницам этой летописи нет числа, и мы, затаив дыхание, открываем новые, чтобы познакомить читателей с Великой историей и сохранить ее на века. Сколько лиц, имен, героических поступков, переплелись в этой истории. Сколько судеб и уроков для сегодняшних и грядущих поколений медиков.

ЗАПОМНИТЕ ЭТИ ИМЕНА…

Юные выпускницы медучилищ и вчерашние школьницы, устремившиеся добровольцами на фронт. Бесстрашные военные фельдшеры, медицинские сестры, санитарки, которые помогали раненым солдатам и офицерам прямо на поле боя, не обращая внимания на смертоносный огонь противника. Им кричали: «Спасайтесь сами!». Но они пошли на фронт, чтобы спасать жизни других.

Работники санитарных поездов, которые помогали раненым добраться с передовой туда, где был шанс на исцеление.

Самоотверженные медсестры, которые забыли, что такое сон, трудясь днем и ночью в эвакогоспиталях Кузбасса, когда в регион эшелонами привозили самых тяжелых раненых, когда воздух в палатах был пропитан стонами и криками.

Именно героизм медработников в годы войны подарил жизнь и вернул здоровье миллионам бойцов, многие из которых отправились обратно на фронт и сражались до победного конца.

Историй много. Каждая – пример безграничного самопожертвования, милосердия, любви к ближнему. За каждой стоит прожитая жизнь. В этой главе мы приводим избранные биографии людей, судьбы которых в любые времена могут служить эталоном для подрастающих поколений. Выполнявших свой долг как в военное время, так и в мирное – продолжив честно трудиться на благо Кузбасса.

Анна Фроловна Тарасова (Шерстобитова)

Родилась в 1918 году в селении Елыкаево Верхотомского района Кузнецкого уезда Томской губернии. В 2018 году кемеровчанке-долгожительнице исполнилось 100 лет! На своем вековом юбилее Анна Фроловна танцевала вальс – тогда об удивительной женщине, сохранившей в столь преклонном возрасте бодрость и энергию, в очередной раз написали все кузбас-

ские СМИ. На протяжении долгих лет участница Великой Отечественной войны вела активную общественную деятельность, много общалась с молодежью, проводила в кемеровских школах уроки памяти. В 89 лет она вместе с краеведами совершила поездку в Воронеж по местам боев, в которых ей довелось участвовать. А в 101 год встречалась с кемеровчанами – любителями истории, рассказывала о своей юности и встрече с легендарной Верой Волошиной в школьные годы. Но обо всем по порядку…

Анна Фроловна родилась в семье военного. В детстве семья много переезжала по всей Сибири, девочке приходилось часто менять школы. Несколько школ она сменила и в Кемерове: начинала учиться в 7-й, оканчивала первую. Кроме того, успела поучиться и в школе № 30 – и как раз в этот период она активно занималась спортом. Тогда ей и довелось встретиться с другой знаменитой ровесницей-спортсменкой – Верой Волошиной. Получилось так, что школу № 12, где училась Вера, курировало общество «Динамо», а Анину школу № 30 – «Спартак». Поэтому на соревнованиях девочки постоянно соперничали. И в беге, и на лодках, и в игре в волейбол. А однажды в гонке на велосипедах Анна и Вера поделили первое место!

После школы Анна год училась в Томске, в мединституте. Потом вернулась домой и начала работать учительницей в школе, вела уроки у младших классов. Когда грянула война, сразу же поступила на курсы медсестер. Позже вспоминала, как ходили с учениками к раненым бойцам в эвакогоспиталь, учили стихи и песни, чтобы потом спеть их защитникам родины. А в 1942-м Анна не выдержала – сама записалась на фронт добровольцем. Ее зачислили в санитарную роту в 845-й полк 303-й Сибирской дивизии. Всем девушкам выдали тогда мужское обмундирование – нательные рубахи, гимнастерки, брюки, кальсоны и даже ботинки 40-го размера. Женские вещи стали выдавать только ближе к концу войны.

Девушек-новобранцев эшелоном отправили в Воронеж, однако в ста километрах до цели поезд остановился: пути слишком сильно пострадали от бомб. Молодым санинструкторам пришлось преодолевать оставшееся расстояние пешком. Это заняло два дня. Вскоре они очутились на передовой, где шли тяжелые бои: раненых вытаскивали из-под артобстрела, делали перевязки, искали нужные слова утешения.

Даже в самые трудные времена девушкам, как вспоминала Анна Фроловна, хотелось оставаться красивыми. Но на фронте порой было трудно даже найти воду для умывания. Все, что привозили в бочках, шло на питье и приготовление еды. Оставалось пользоваться водой дождевой – той, что накапливалась в земляных воронках…

В сентябре 1942 года Анна Фроловна была ранена, два месяца лечилась в медсанбате. А потом вновь ринулась в бой и дошла уже до самой Праги. Демобилизовалась только в 1945-м.

Анна Фроловна – обладательница множества наград. Это и золотой знак «За заслуги перед городом Кемерово», и медаль «75 лет Кемеровской области», и звание «Почетный ветеран города Кемерово», орден Отечественной войны II степени, и боевые медали «Жуков», «За боевые заслуги», «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», «За честь и мужество», и медаль «За веру и добро», и «Почетный знак РКВВ», и знак «Гордость столетия».

После войны Анна Фроловна приехала в родной Кемерово, где и осталась на всю жизнь. Вышла замуж, воспитала детей, потом нянчила внуков. Работала секретарем в облисполкоме, инспектором отдела кадров Потребсоюза, воспитателем в детском саду. На заслуженный отдых вышла из Кемеровского Сбербанка, где трудилась кассиром с 1969 по 1973 годы. Кстати, работу в Сбербанке фронтовичка всегда вспоминала с большой теплотой во многочисленных интервью.

– Ко мне с первых дней все относились очень хорошо, – рассказывала Анна Фроловна. – Поначалу было непросто, потому что в те годы Сбербанк был объединен с почтой, и людей всегда было очень много. Кассир выполнял большое количество разных функций. Но если у меня что-то не получалось, мне всегда помогали, поддерживали. И сейчас не забывают, поздравляют со всеми праздниками.

Всегда любила бывшая медсестра делиться и историями о военном времени. Благодаря ее рассказам и воспоминаниям многие кемеровчане узнали больше правды о великой войне. Но некоторые истории вызывают и улыбку:

– Однажды на прифронтовой территории в освобождённой деревне я принесла в избу раненого бойца. Хозяйка, конечно, радостная делится своими соображениями: «Вот скоро сибиряки подойдут и выбьют немца окончательно. Соседей можно будет повидать!» – «А мы не сибиряки разве?» – спрашиваю у нее. «Да какие же вы сибиряки?» – удивилась женщина. Сибиряки в их представлении были какими-то великанами, не то, что я с моим ростом и 35-м размером ноги!

Всем, кто когда-либо встречался с Тарасовой Анной Фроловной, она запомнилась настоящей женщиной: даже в возрасте 100 лет Анна Фроловна надевает элегантные светлые костюмы, украшения, туфли на небольшом каблучке, делает красивую прическу. Вековой юбилей долгожительницы торжественно отмечали в кемеровском городском совете ветеранов – на мероприятие приехал и губернатор Кузбасса Сергей Цивилёв, и мэр Кемерова Илья Середюк, и председатель Сибирского банка Сбербанка Татьяна Галкина. Прозвучало много теплых слов. Конечно, гости интересовались у Анны Фроловны секретом ее долголетия:

– Общение с друзьями – лучше всяких таблеток. Я хромаю, но иду в совет ветеранов, потому что знаю, что встречу здесь своих друзей. Когда телефон дома замолкает, я начинаю переживать – может, что-то сломалось. Но нет – зазвонил. Значит, живем дальше, – ответила юбилярша.

СФОРМИРОВАТЬ ВИДЕНИЕ БУДУЩЕГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ – 2021

В этом году долгожданный профессиональный праздник пройдет со слезами на глазах. Весь мир вспомнит героев нашей профессии, которые погибли, выполняя свой долг.

Как отразилась пандемия на специалистах во всем мире, какие выводы мы из этого извлекли, насколько сильнее стали, пройдя через все трудности, – об этом говорится в документе, посвященном Международному дню медицинской сестры в 2021 году, а также о том, что везде и всюду медицинским сестрам должен быть предоставлен зеленый свет для участия в политике и выработке решений относительно будущего систем здравоохранения.

Пандемия COVID-19 изменила мир: то, как мы живем, общаемся, работаем, взаимодействуем друг с другом, а также то, как мы оказываем сестринскую помощь. Медицинских сестер наконец-то увидели и услышали, – пандемия показала, что медсестры незаменимы для здравоохранения и являются основой каждой медицинской службы.

Исторически сложилось так, что глобальные кризисы здравоохранения вызывали серьезные изменения в подходах к организации и оказанию медицинской помощи. Точно так же COVID-19 заставил нас учиться на своих ошибках и успехах, думать о том, как изменить и укрепить системы здравоохранения, чтобы достичь высокого уровня здоровья и улучшить жизнь всех людей.

Достичь глобального пересмотра устройства систем здравоохранения, не привлекая медицинских сестер, просто невозможно. Но готов ли мир прислушаться к крупнейшей армии медицинских работников? Услышать наш голос?

В январе этого года Ассоциация медицинских сестер России приняла участие в масштабном опросе Международного совета сестер. Что же удалось установить? О чем рассказали медицинские сестры во всем мире?

Крупнейшая профессиональная группа не была представлена на высоком уровне принятия решений

Только 41,5 % национальных ассоциаций сообщили, что в их стране есть медицинская сестра с полномочиями управления на уровне национального правительства, участвующая в принятии национальных решений в области здравоохранения. Вместе с тем в 22,6 % странах должность учреждена, но задействованные в ней специалисты не привлекаются к обсуждениям на высоком политическом уровне, а 28,3 % опрошенных ассоциаций сообщили об отсутствии такой должности. Самая большая группа медицинских работников не представлена на руководящем уровне, голос медицинских сестер не слышен.

Более 42 % ассоциаций сообщили, что медицинские сестры не вовлечены в работу национальных комитетов по предотвращению распространения инфекций. Порядка 40 % национальных ассоциаций отметили, что медицинских сестер стали привлекать к обсуждению и принятию решений только на поздних этапах пандемии, а в самом начале факт наличия опытных специалистов и необходимость учета их профессионального мнения игнорировались.

Пандемия стала непреодолимой преградой в оказании медицинской помощи пациентам неинфекционного профиля

Изменения в оказании медицинской помощи, вызванные COVID-19, нельзя недооценивать. Сочетание локдауна, карантина, дезинформации, высокой заполняемости коек в больницах и атмосферы страха привело к резкому изменению реакции населения на обращение за медицинской помощью. Помощь пациентам с хроническими заболеваниями была прервана, их старались выписать из стационаров как можно раньше, плановые процедуры, вмешательства, осмотры и консультации переносились на неопределенный срок. Персонал перераспределялся с приоритетом к обеспечению кадрами клиник, перешедших в статус инфекционных.

В 2020 году ВОЗ провела опрос, на который откликнулись 105 стран. Ответы показали, что 90 % стран столкнулись с серьезными нарушениями в работе своих служб здравоохранения, причем страны с низким и средним уровнем дохода сообщили о наибольших трудностях (WHO, 2020b). Пандемия выявила реальную уязвимость систем здравоохранения. Существует вероятность того, что основные достижения в области здравоохранения двух последних десятилетий могут быть сведены на нет за короткий промежуток времени. Крах ос-

> «Основная роль общества заключается в создании и поддержании хорошего здоровья, а также в решении многих современных проблем здравоохранения и социальной сферы, включая инфекционные и неинфекционные заболевания, психическое здоровье, одиночество, бедность и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ. Чтобы удовлетворить эти потребности, системы здравоохранения должны будут переориентироваться таким образом, чтобы не просто оказывать неотложную помощь, не только “ремонтировать” заболевших, но “создавать здоровье” и устранять многочисленные причины плохого здоровья».
>
> Лорд Найджел Крисп, «Здоровье создается дома: больницы нужны для ремонта» (Crisp, 2020)

новных диагностических и мониторинговых служб будет иметь серьезные негативные последствия для здоровья, которые могут не проявиться в течение многих лет. В этот период больше всего страдают уязвимые группы населения, и эти барьеры на пути к здравоохранению потенциально могут усугубить неравенство в отношении здоровья.

Какая помощь не была оказана:
- Сокращение плановой вакцинации – 70 %
- Сокращение видов помощи пациентам с НИЗ – 69 %
- Сокращение помощи пациентам с психическими расстройствами – 61 %
- Сокращение диагностики и лечения рака – 55 %
- Снижение уровня диагностики и лечения малярии – 46 %
- Снижение уровня выявления и лечения туберкулеза – 42 %
- Отмена 28 миллионов плановых операций

В ответ на глобальный кризис многие службы перестраивали свою работу. В течение 2020–2021 года во всем мире резко возросло использование телемедицины. Из числа национальных ассоциаций, опрошенных Международным советом, 55 % заявили, что применение медицинскими сестрами телемедицинских технологий резко возросло.

Коммуникация в период инфодемии

Дезинформация о COVID-19 распространялась шире и быстрее самого вируса; какой только «правды о вирусе» и каких «профессиональных» рекомендаций в период пандемии мы не видели: от употребления в пищу морского салата и дезинфицирующих средств в попытках предотвратить заражение COVID-19 до сетей 5G, распространяющих вирус. Огромный спрос на информацию о болезни, высокая степень неопределенности, неизвестность и страх стали идеальной почвой для домыслов.

Инфодемия это эпидемия информационного пространства: волна дезинформации, слухов, домыслов, сплетен, паники, отрицания. Слово образовано путём слияния «информации» и «эпидемии».

И в нашей стране, и во всем мире работа по вакцинам только началась, а угрозы от их применения уже массово атаковали население через интернет и мобильные сети. Уже в самом начале кризиса стало очевидным, что мир сражается не только с вирусом, а с настоящей инфодемией.

В таких условиях не обойтись без большой разъяснительной работы сестринского персонала. Представить достоверную информацию понятными пациенту формулировками, развеять беспочвенные страхи и слухи, успокоить и предотвратить панику, – эти задачи стали частью профессиональной роли для тысяч медицинских сестер. Голос медицинских сестер стал важнейшим ресурсом, который должен быть использован в построении здравоохранения будущего. Вместе с тем важно решить проблему недостаточного участия и представительства сестер в процессе принятия решений. Только у нашей профессии есть возможность адекватно оценивать меняющиеся настроения населения и работать с информационными потоками, правильно подавать информацию пациентам на понятном им языке.

> «В следующей пандемии гриппа, будь то сейчас или в будущем, с вирусом слабым или вирулентным, самым важным оружием против этой болезни будет вакцина. Вторым по важности будет коммуникация»
>
> Джон М. Барри, американский писатель и историк, 2009

Помощь наиболее уязвимым группам населения

Одной из самых уязвимых групп населения в период пандемии оказались пожилые люди в домах престарелых. Не менее уязвимыми оказались и медицинские сестры, работающие в таких учреждениях. Здесь с самого начала не было в достатке средств индивидуальной защиты, отчаянно не хватало руководств и рекомендаций для организации работы. По данным правозащитной организации Amnesty International, в США вследствие заражения коронавирусом погибли 1500 медицинских сестер домов сестринского ухода. Данные правительства Великобритании указывают, что работники домов сестринского ухода имели в 3 раза более высокий риск смерти от COVID-19 по сравнению с населением в целом.

И здесь медицинским сестрам при помощи правительств удалось переломить ход событий. В Британской Колумбии (Канада) в учреждениях долгосрочного ухода были введены дополнительные выплаты за работу в условиях инфекционного риска, работа была организована таким образом, чтобы специалистам не приходилось совмещать работу в нескольких организациях, введены страховые выплаты заболевшим. Крупнейшая организация долговременного ухода в Австралии внедрила программу партнерства с инфекционным стационаром. Эта инициатива позволила укрепить знания сестринского персонала по раннему выявлению инфицированных, поддержать процесс принятия решений по переводу своих постояльцев в стационар и повысить доступность медицинской помощи. В результате удалось достичь сокращения числа госпитализаций на 19 % и средней продолжительности пребывания в больнице на 31 %.

Безопасность по месту работы

Проблема безопасности медицинских работников еще никогда не стояла так остро.

22 % опрошенных ассоциаций отметили, что поставки СИЗ либо редко, либо никогда не были достаточными. В течение нескольких лет многие организации предупреждали об опасности катастрофы, подобной COVID-19. Ведь вспышки других болезней уже были, более локальные, но предупреждающие человечество о существующих рисках.

Большой урон пандемия нанесла психическому здоровью медицинских сестер. 80 % опрошенных ассоциаций сообщили, что COVID-19 стал для сестринского персонала тяжелейшим психологическим испытанием, причем 38 % ассоциаций указали, что система здравоохранения не готова к поддержке психосоциального благополучия медицинских сестер. Вывод о будущем устройстве здравоохранения напра-

шивается сам собой, – рабочие места медицинских сестер должны стать безопасными, при этом системы здравоохранения должны предусматривать и обеспечивать психологическую безопасность работников.

ПСИХОЛОГИ МЕДИКАМ

С самого начала пандемии РАМС и региональные отделения провели специальные онлайн мероприятия в поддержку психологического состояния специалистов, задействованных в оказании помощи, региональные ассоциации открыли прямые линии психологической поддержки. Каждый лидер в своем регионе стал в том числе и психологом, стараясь поддержать каждый сестринский коллектив.

РАМС поддержала реализацию проекта психологи медикам – на онлайн-площадке нашей ассоциации проходят мероприятия в защиту и поддержку психологического состояния специалистов. Пандемия идет на спад, но эти знания и навыки не менее востребованы в период выхода из психотравмирующей ситуации в период пандемии.

Признать знания и навыки медицинских сестер – важнейшая задача здравоохранения

«Мы всегда знали, что наша работа несет в себе некоторый риск. Сейчас разница в том, что об этом узнали все. Я чувствую вознаграждение за свою работу, когда окружающие люди выражают солидарность в наш адрес, когда признают нашу роль, – сейчас они действительно видят нас и нашу работу», так мнение 24-летней медицинской сестры из Италии было выражено в новостном пресс-релизе Организации Объединенных Наций.

В 2020 году и в начале 2021 года СМИ представляли медсестер с положительной стороны, уделяя все больше внимания той работе, которую они выполняют. Так было не всегда. Медсестры и их работа часто оставались невидимыми и недооцененными, без должного внимания со стороны общества.

Медсестры находятся на переднем крае медицинской помощи, мы с вами

знаем, что никакое лечение не будет возможным без медицинской сестры. Медицинские сестры стоят за всеми успехами и прорывными достижениями здравоохранения. Но часто ли мы об этом слышим и видим с экранов телевизионных каналов, с новостных страниц информагентств?

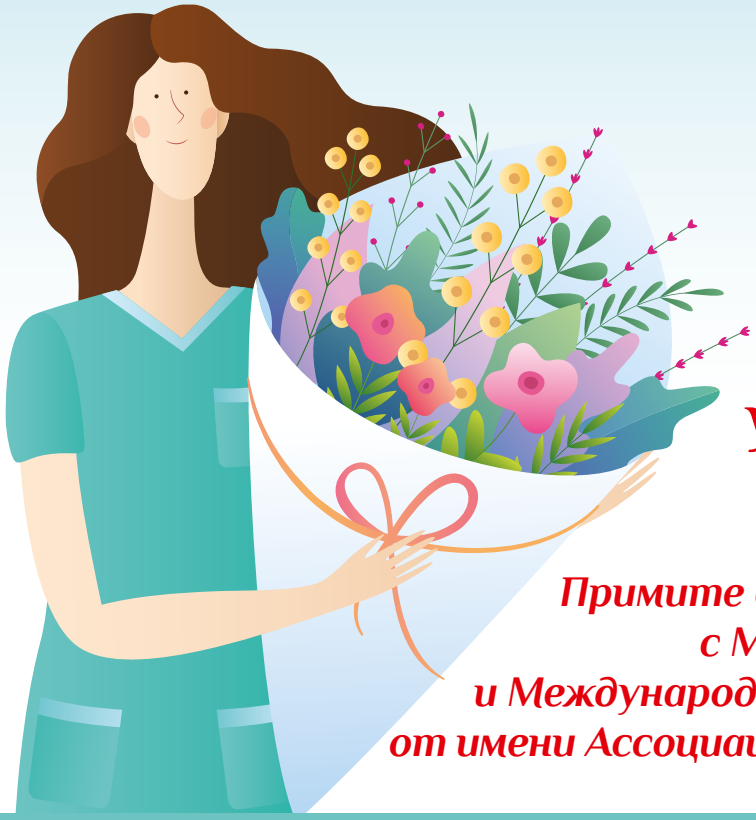
Правильно ли это в условиях, когда миру не хватает шести миллионов медицинских сестер? Не настала ли пора изменить ситуацию?

Пандемия привела к заметному оттоку медицинских сестер из профессии, об этом сообщили 19 % опрошенных национальных ассоциаций. Внимание к кадровому вопросу в сестринском деле стало поистине всемирным, 74 % ассоциаций сообщили о государственных мерах по привлечению молодежи в сестринскую профессию. Важно, чтобы государства не рассматривали эти меры как краткосрочную стратегию. Медицинских сестер должно стать больше, чтобы восполнить существующий дефицит помощи.

Для этого необходимо также развивать модель расширенной сестринской практики. В период пандемии сестры, обладающие такой квалификацией, получили больше полномочий, могли полностью себя реализовать в тех странах, где ранее их функции еще были ограничены. Медицинские сестры приняли на себя более высокую ответственность. В Германии медицинским сестрам разрешили осуществлять врачебные полномочия в отсутствие врача, в Канаде расширили полномочия регистрированных сестер по назначению лекарственной терапии при отдельных состояниях. В целом, интерес на правительственном уровне к расширению профессиональной роли медицинской сестры заметно возрос, о чем сообщили 41 % опрошенных национальных ассоциаций.

До пандемии миру уже была известна ключевая роль медицинских сестер в борьбе с неинфекционными заболеваниями, в обеспечении качества жизни тех, кто такие заболевания приобрел. Теперь мир увидел в медицинских сестрах глобальную силу борьбы с кризисами, подобными разразившейся пандемии. Это время потребовало новаторских подходов к сестринскому уходу, включая использование технологий для оказания помощи на расстоянии. Медсестры были вовлечены в поиск инновационных способов интеграции технологий в практику, чтобы поддержать безопасность, ориентировать помощь на людей.

Медсестры знают, что работает: они знают, какие технологии, язык, отношение и поведение успокаивают их пациентов; где пробелы; как управленческие подходы могут привести к непреднамеренным последствиям; где существуют риски для безопасности. И именно благодаря этому опыту и пониманию голос медицинских сестер должен быть учтен при формировании видения будущего здравоохранения.



Уважаемые коллеги!

Примите самые искренние поздравления с Международным Днем акушерки и Международным днем медицинской сестры от имени Ассоциации медицинских сестер России.

От всего сердца выражаю вам глубокую благодарность за ежедневный труд, за профессионализм и героизм, которые Вы проявили и в самые трудные месяцы пандемии, и продолжаете проявлять сегодня!

Да, каждый день медицинской сестры – это день подвига! Утешить больного, найти нужные слова для близких, помочь коллегам, узнать что-то новое и поделиться с командой, поддержать позитивный настрой и добиться важных для практики ресурсов и решений - это лишь некоторые штрихи к портрету современной медицинской сестры.

С каждым днем время требует от специалистов быть более активными и настойчивыми, уверенными в своих силах и действующими в защиту пациентов и доброго имени своей профессии. Мир осознал, что здравоохранению не хватает не сотен, не тысяч, а более 6 миллионов медицинских сестер. Мы нужны и в городе, и на селе, и в центре высокотехнологичной помощи, и в самом отдаленном медицинском пункте. Мы с вами стоим на страже самого ценного, что есть у человека – его здоровья, здоровья его близких.

Сегодня у нас есть замечательный повод отметить успехи своей профессии и свои личные достижения, стать еще сильнее и последовательно добиваться той поддержки, которая необходима для качественной помощи нашим пациентам.

С праздником, уважаемые коллеги! Пусть ваша профессиональная жизнь будет яркой, творческой, интересной, успешной! От всего сердца желаю Вас счастья, здоровья, благополучия и движения только вперед!

С глубоким уважением,

Валентина Саркисова,

Президент Ассоциации медицинских сестер России, председатель Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций

Демографическая ситуация в России и функциональные обязанности акушерки – неужели есть связь?

ЧАСТЬ 1

Агапова Ю.В.
Акушерка, руководитель специализированной секции «Акушерское дело» РАМС, руководитель СПб регионального отделения РАМС, заведующий кафедрой медико-социальных проблем охраны материнства и детства с курсом сестринского дела и клинической акушерской практики Академии медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева

THE LANCET

June, 2014 www.thelancet.com

Midwifery

An Executive Summary for *The Lancet*'s Series

"Midwifery is a vital solution to the challenges of providing high-quality maternal and newborn care for all women and newborn infants, in all countries"

Данная тема настолько объемна и многогранна, что вместить ее в одну журнальную статью не представляется возможным
(прим. автора)

«. . .для сохранения и укрепления репродуктивного потенциала страны необходимо три главных условия: здоровье, прежде всего репродуктивной сферы, социальное благополучие и должное качество службы родовспоможения, обеспечивающей женщине нормальное течение беременности и безопасное родоразрешение. . .»
акад. РАМН д.м.н. Стародубов В.И., д.м.н. Суханова Л.П.
«Репродуктивные проблемы демографического развития России» (2012)

На первый взгляд – ну какая связь может быть между демографической ситуацией в стране и тем, что и как на своем рабочем месте делает акушерка?

Однако эпиграф к статье наводит на первые мысли – связь должна быть, раз речь идет о репродуктивном здоровье и безопасном родоразрешении.

Начнем с самого начала. Что такое «демография»? «Демография» производное двух греческих слов: demos – народ и grapho – изображать, писать, то есть это наука, описывающая население (различные совокупности людей, объединенные регионом проживания). Это наука, в сферу интересов которой входит множество направлений. Один из разделов демографии – медицинская демография – изучает вопросы, характеризующие естественное движение населения: рождаемость, смертность, естественный прирост. Эти цифры дополняют показателями плодовитости, перинатальной и материнской смертности, а также младенческой смертности. Как вы видите, уточняющие показатели, учитываемые при оценке демографической ситуации, являются также и показателями качества и уровня организации

акушерско-гинекологической помощи.

7 мая 2018 года Президентом Российской Федерации Владимиром Владимировичем Путиным был подписан Указ «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». В данном документе правительству, среди прочих задач, вменялось достичь увеличения суммарного коэффициента рождаемости до 1,7.

Этот коэффициент характеризует уровень рождаемости в целом и входит в число показателей, ежегодно рассчитываемых по данным текущей статистики. Эти цифры показывают, сколько в среднем родила бы одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода (т.е. от 15 до 50 лет) при сохранении в каждом возрасте уровня рождаемости того года, для которого вычисляется показатель.

Для воспроизводства населения, при котором численность от поколения к поколению не меняется, суммарный коэффициент должен быть равен 2,1. Если коэффициент ниже и, тем более, существенно ниже рубежа 2,1, то замещения поколений происходить не будет и численность населения от поколения к поколению будет сокращаться. На рисунке 1 представлены показатели суммарного коэффициента рождаемости за 2015–2019 годы в сравнении с необходимым уровнем.

Как вы видите, коэффициент за последние годы не достигает значений, необходимых для воспроизводства населения в стране. К сожалению, проблема низкой рождаемости относится к числу основных, острейших демографических проблем. При такой демографической ситуации многократно возрастает социальная ценность каждой беременности, каждых родов.

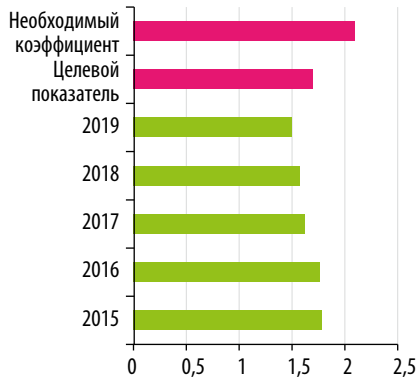


Рис. 1.

Давайте вернемся к более привычному для специалистов, работающих в системе оказания акушерской помощи, показателю – поговорим о материнской смертности и о том, какие факторы на нее влияют?

Наиболее низкий уровень материнской смертности (1–2 на 100 тыс. живорожденных) отмечается в таких странах, как Канада, Бельгия, Дания, Швейцария, Швеция, Израиль. В ОАЭ, Омане, Катаре, Йемене этот показатель составляет 4–12 на 100 тыс. живорождений. В России показатель материнской смертности в 2019 году составил 9,0 на 100 тыс. живорожденных. Несмотря на то, что в последние годы в Российской Федерации отмечается постоянное снижение числа материнских смертей, данный показатель остается достаточно высоким для Европейского региона и большинства развитых стран мира (статистические данные представлены в табл. 1).

При сложившейся в стране демографической ситуации социальная ценность каждой беременности, каждых родов многократно возрастает.

Таблица 1

Динамика показателей материнской смертности в России, 2015–2019 гг.

Показатель	2015	2016	2017	2018	2019
Материнская смертность (на 100 000 живорожденных)	10,1	10,0	8,8	9,1	9,0
Материнская смертность (всего человек)	196	188	149	146	136

По данным Росстата в структуре материнской смертности в России в 2019 году (среди управляемых причин) отмечают: от акушерской эмболии погибли 18 женщин; от кровотечений в связи с отслойкой и предлежанием плаценты – 9 женщин; от кровотечений в родах и послеродовом периоде – 6. Также к управляемым причинам относят материнскую смертность от сепсиса во время родов и в послеродовом периоде – в 2019 году по этой причине погибли 8 женщин. В пятерку лидеров в структуре материнской смертности входит также гибель женщин от разрыва матки до начала родов и во время родов – 5 женщин.

Одним из основных факторов риска возникновения всех перечисленных выше причин смертей является наличие рубца на матке после предыдущего кесарева сечения (Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., 2015; Радзинский В.Е., 2017).

На сегодняшний день в мире отмечается устойчивая тенденция роста проводимых операций. В своей монографии «Акушерская агрессия» д.м.н., профессор Виктор Евсеевич Радзинский писал: «…Каждую минуту в мире происходит 50 операций кесарева сечения…». Например, частота операций в Болгарии, Дании, Норвегии составляет менее 15 % от общего числа родов, а в Чили, Мексике, Таиланде, Бразилии более 30 %. В России частота кесаревых сечений значительно отличается в зависимости от региона и составляет, например, в Москве 26,3 %, в Санкт-Петербурге 24,3 % (от 2 % до 30 % и более), в Ивановской области 35,6 %, в Севастополе 18,1 %, в Ярославской области 12,6 %, в Республике Ингушетия 17,9 % (Радзинский В.Е., 2017; Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., 2015; Савельев Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., 2015).

Проведение операции кесарева сечения, как вы знаете, сопряжено с некоторым числом возможных осложнений как во время операции, так и после нее. К интраоперационным осложнениям относят ранения близлежащих органов, септические и тромбэмболические состояния. Риск возникновения осложнений при операции кесарева сечения также возникает в связи с оказываемым анестезиологическим пособием.

Например, послеоперационный сепсис в России в 2019 году занимает в структуре материнской смерти, как было сказано ранее, 4 место (Росстат (таб. demo 24–2), Радзинский В.Е., 2017). В послеоперационном периоде частота развития сепсиса и перитонита в 5 раз выше, чем после родов через естественные родовые пути. Последующие же (после предыдущего кесарева сечения) беременности и роды

могут осложняться предлежанием или врастанием плаценты, разрывом матки во время беременности или родов. В большинстве случаев беременности с рубцом на матке заканчиваются повторным оперативным родоразрешением, что увеличивает риски возникновения осложнений. Так система родовспоможения попадает в замкнутый круг: чем больше мы оперируем, тем выше риски и тем больше операций.

Таким образом, широкая распространенность операции кесарева сечения, возможность возникновения осложнений во время операции и в послеоперационном периоде, высокая степень рисков в течение беременности и родов у женщин с рубцом на матке, снижение репродуктивного потенциала у прооперированной женщины придают данной проблеме социальный окрас. Социализация проблемы происходит не только за счет дополнительной финансовой нагрузки на систему оказания акушерско-гинекологической помощи, но и за счет снижения репродуктивного потенциала женщины с рубцом на матке.

При чем же здесь именно акушерка?

В 2014 году в журнале The Lancet вышла серия статей, посвященных роли акушерок в оказании качественной акушерской помощи, снижении материнской и младенческой смертности, а также снижении числа необоснованных медицинских вмешательств в течение беременности, родов и послеродового периода (The Lancet. Том 384, Выпуск 9948, П1129–1145, 20 сентября 2014 г. Акушерство и качественная помощь: результаты новой научно обоснованной системы помощи матерям и новорожденным). Например, исследования, проведенные в Бразилии и Китае, доказали, что укрепление роли акушерок в структуре акушерской помощи способствует снижению ненужных вмешательств, заболеваемости и смертности матерей и новорожденных (Sandall J., Devane D., Soltani N., 2010; Lu X., 2012; Pan A., Cheung N.F., 2011). В акушерском отделении в Китае отмечали значительное сокращение числа проводимых кесаревых сечений и других медицинских вмешательств (Чунг Н.Ф., Мандер Р., Ван Х., Чжу Дж., 2009), что подтолкнуло правительство Китая к увеличению числа отделений, работающих под руководством акушерок.

Какой след («медицинский» и «человеческий») в жизни женщины и новорожденного мы оставим, как она будет вспоминать время, проведенное в стенах родовспомогательного учреждения, придет ли она к нам еще раз – вот вопросы которые мы должны задавать себе, оказывая акушерскую помощь.

Приведенные в статьях исследования позволили доказать и убедительно продемонстрировать, что обученные акушерки, владеющие базовыми и специализированными навыками, регулярно укрепляющие и/или повышающие свои профессиональные компетенции, максимально включенные в командную работу родовспомогательных учреждений, оказывают выраженное положительное влияние на перинатальный результат и удовлетворенность женщин в процессе оказания акушерско-гинекологической помощи, т.е. на повышение качества медицинской помощи (Sandall J., Soltani N., Devane D., 2013).

Конечно, не только количество родов путем операции кесарева сечения имеет долгосрочный медицинский и социальный эффект. Это может быть и перинеальное травмирование, это и использование неэффективных (неразрешенных) методов – например, прием Кристеллера. Сюда же можно отнести и отказ от использования эффективных практик и коммуникаций при оказании акушерской помощи. Об этом и многом другом мы поговорим на страницах «Вестника» в следующий раз.

Какой след («медицинский» и «человеческий») в жизни женщины и новорожденного мы оставим, как она будет вспоминать время, проведенное в стенах родовспомогательного учреждения, придет ли она к нам еще раз – вот вопросы, которые мы должны задавать себе, оказывая акушерскую помощь. Ведь, как оказалось, «в руках акушерки – будущее» – не только конкретной женщины и ребенка, но и страны.

НЕ БОЯТЬСЯ ПРИЕМА У ВРАЧА-ПСИХИАТРА

РОЛЬ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПСИХИАТРИИ

Татьяна Валериевна ЮРЧУК
Участковая медицинская сестра ГБУЗ МО «ПБ № 8» ПДО

Суть профессии медсестры оказалась куда более незамысловатой, чем я думала. На самом деле не нужно никаких теорий. Работа медсестры заключается в том, чтобы помогать тому, кому нужна помощь[1].

Первичное посещение врача-психиатра в России до сих пор порождает в умах россиян страхи и опасения. Многие считают, что психически больной человек – это человек, который не способен жить полноценной жизнью: работать, иметь семью, быть понятным для окружающих, в конце концов может являться социально опасным для них.

Мало кто из граждан знает о том, что к врачу-психиатру можно обратиться за консультативной, лечебной помощью и получать ее в поликлинике амбулаторного типа, что нарушения сна, поведения, тревожные, депрессивные состояния поддаются медикаментозному лечению препаратами, которые могут быть выписаны только узким специалистом, таким как психиатр.

Основной страх, препятствующий обращению к психиатру, как мне кажется – это страх приобрести ярлык (бирку) «больного человека», иметь «психиатрический диагноз». Ведь никто не признается близким, коллегам, друзьям о том, что он планирует или посещал врача-психиатра, боясь осуждения, «косого» взгляда и соответствующего отношения, некорректных высказываний. Культура здоровья человека, его сохранения, в российском обществе развита слабо, у нас не принято показывать свою немощность, болезненность и другие состояния, демонстрирующие наши слабости, что в целом будет способствовать состоянию «за бортом» нормальной, полноценной жизни. В качестве примера можно привести выбор работодателя в пользу здорового человека, нежели человека с диагнозом, да еще и психиатрическим, при трудоустройстве. Не хочется оглядываться на другие страны, но в странах Европы, США обращение к психологам, психиатрам считается нормальным, приемлемым и даже необходимым, будь то полицейская структура, образовательная система, органы здравоохранения и др. – везде имеется штатный врач-психиатр, служба психологической помощи для восстановления психического состояния сотрудника, а также для проведения тестов на профпригодность, и никто из граждан не считает такое вмешательство со стороны работодателя чем-то незаконным, аморальным. Это и есть норма культуры психического здоровья человека, общества в целом.

Положительным моментом для российского общества можно назвать первичную обращаемость в психоневрологический диспансер людей молодого возраста – 17–20 лет, это означает, что что-то меняется в умах нашего общества, в частности нового поколения, проходит чувство стыда, смущения, когда возникает вопрос о здоровье, его восстановлении и лечении. Что же надо изменить в воспитании будущего поколения? На каком этапе формировать его отношение к медицине, в частности в области психического здоровья? Как мне кажется, большей частью, в семье: меньше произносить такие выражения, как: «Да он же не нормальный…», «…у него есть диагноз …», «…тебе лечиться надо» и пр. – все эти высказывания дают пищу для негативного восприятия психиатрии, порождают чувство стыда при мысли, что тебе потребуется психиатрическая помощь.

Особого внимания требует категория пациентов, у которых возникают пограничные состояния, такие как невроз, депрессия, тревожные состояния, вызванные стрессовыми ситуациями в семье, на работе, тех людей, которые реально нуждаются в помощи, но не знают, где ее получить, к какому специалисту обратиться. Я не зря упо-

[1] Уотсон Кристи. Язык милосердия. Воспоминания медсестры. Изд-во: Азбука-Бизнес, 2019.

требила слово «специалисту», ведь сегодня на рынке медицинских услуг все больше посторонних людей, не имеющих никакого отношения к медицине, и тем более, к лечебной практике. Благодаря таким «лекарям», «целителям», пациенты, не дошедшие до психиатра, еще больше «застревают» в своем состоянии, еще больше приобретают необратимые нарушения в эмоциональном плане, в поведении, мышлении, одним словом, обрастают характерной симптоматикой.

Вот теперь можно подвести итог вышесказанному: «Почему обращаться за помощью психиатра не стыдно, а порой необходимо?». Не надо думать и предполагать, что наличие недуга в области психиатрии ведет к лечению только в стационарных условиях. Стационар – это место для купирования острых состояний, когда амбулаторное лечение не приносит должного результата, когда требуются дополнительные обследования для уточнения диагноза либо для длительного подбора медикаментозной терапии. Все остальные случаи возможно и нужно лечить в амбулатории.

> Профессия медицинской сестры всегда предполагала наличие у человека врожденных чувств такта, доброты, самопожертвования, а также хорошего понимания психологического состояния пациента*.

* Цуканова В.А. Роль психологии в деятельности медицинской сестры. 2015. – https://nsportal.ru/

Индивидуальный прием способствует постановке правильного диагноза и определяет курс лечения, конкретного пациента. Нет единых схем, планов лечения – есть индивид, особенности его нервной системы, эмоционального фона, темперамента, образа жизни, особенности поведения – что в совокупности и есть наше психическое состояние, с его гранями здорового и болезненного состояния, которые настолько тонки в своих переходах, что требует от психиатра внимательного, вдумчивого взгляда. Этим и отличается наблюдение, лечение у врача-психиатра.

В таком лечении важнейшая роль принадлежит среднему медицинскому персоналу, участковой сестре, которая содействует формированию комфортных, доверительных отношений между пациентом и врачом-психиатром. Медицинская сестра всегда готова дать дополнительные разъяснения на возможные вопросы после приема врача, развеять страхи пациентов перед психиатрическим диагнозом и процессом его лечения.

Умение убеждать в необходимости лечения и посещении лечащего врача способствует скорейшему выздоровлению пациента, а впоследствии будет увеличивать степень доверия к медицинским сотрудникам среди населения.

Вы спросите: «Каким образом медицинская сестра может повлиять на людей, испытывающих страх перед посещением психиатра? Способствовать осознанию необходимости в приеме медикаментозного лечения, рекомендованного этим специалистом?».

Рассмотрим основные страхи пациента

Постановка психиатрического диагноза. Существует мнение, что при наличии психического расстройства, при лечении, наблюдении у врача-психиатра могут возникнуть трудности при дальнейшем трудоустройстве. Действительно ли, что психиатрический диагноз может стать препятствием для получения (продления срока) водительских прав, разрешения на ношение оружия и др.?

В этом случае медицинская сестра может пояснить пациенту, что не все психиатрические диагнозы могут послужить причиной ограничения допуска к военной службе, работе в органах, к управлению пассажирским транспортом и прочими специальностями, имеющими особые требования к кандидатам. Можно также уточнить, какая специальность, профессия у пациента, проходил ли он ранее армейскую службу, планирует ли он связать свою жизнь с военной карьерой? Возможно, это успокоит тех людей, работа которых не имеет каких-либо специальных допусков. Необходимо также объяснить, что без рекомендованного лечения состояние здоровья лишь ухудшится. Для полного понимания привести в пример людей с расстройством сна. Такие пациенты не могут жить полноценной, качественной жизнью, плодотворно работать. Они легко раздражаются, теряют концентрацию внимания, испытывают повышенную утомляемость, головные боли. Цель таких бесед убедить пациента принимать назначенное врачом лечение, приходить вовремя на прием для динамического наблюдения.

А вдруг кто-то узнает, что я прохожу лечение у психиатра? Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»[2] предполагает сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи. Это означает, что информацию о диагнозе, о состоянии психического здоровья гражданина разглашать врач не имеет права, а за нарушение этих прав врач будет нести юридическую ответственность[3]. Поэтому участковой сестре на подобные вопросы следует отвечать: «Любые сведения медицинского характера могут предоставляться только с личного согласия пациента или его законного представителя, информация о факте обращения его за психиатрической помощью является врачебной тайной, охраняемой законом».

Психотропные препараты вредны, вызывают привыкание и зависимость. Пациент, получив из рук медицинской сестры рецепт, с сомнением смотрит на него и спрашивает: «А этот препарат очень вреден для здоровья?». В этом случае надо уверенным, твердым голосом сказать: «Основная цель любого лечения – это помочь Вам, не навредив. Доза и способы приема препарата рассчитаны так, чтобы минимизировать побочное действие лекарства. В случае аллергической реакции и других неприятных ощущениях, связанных с приемом препарата, Вам необходимо срочно обратиться на прием к лечащему врачу!».

Длительность лечения. Многие психические расстройства развиваются в течение долгого периода времени,

[2] Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» № 3185-1 от 02.07.1992 (ред. от 08.12.2020). Ст. 9/ http://www.consultant.ru/

[3] Алексеев С. Разглашение врачебной тайны. // Медицинское право. – https://pravovedus.ru/.

на фоне длительного стресса и других раздражающих факторов, например, работа преподавателя, онкологическое заболевание, длительный уход за тяжелобольным родственником и много другое. Годами человек испытывал негативное воздействие извне, отрицательные эмоции, при этом не реагируя на тревожные «звоночки» со стороны организма, заглушая проявления болевого эффекта обезболивающими препаратами, занимаясь самолечением, – все это могло стать следствием хронического течения заболевания. Что и является основанием для длительного лечения, подбора лекарства и его дозировки.

Многолетний прием лекарства. «Мне теперь всегда надо будет принимать это лекарство?» – часто задаваемый вопрос, или: «Если не выпью таблетку, я не могу уснуть, но и пить лекарство всю жизнь я не хочу. Как мне быть?». В ответ на такие вопросы я часто привожу пример гипертонического заболевания, когда человек в течение всей своей жизни вынужден принимать препараты снижающие давление, чтобы не наступил гипертонический криз. Зачем отказываться от приема препарата, если он помогает облегчить ваше состояние, позволяет чувствовать себя комфортно?

Необходимость стационарного лечения. «А меня точно не положат в больницу?», – часто спрашивают пациенты, впервые обратившиеся к врачу-психиатру. Успокоить пациента можно, сказав, что для госпитализации требуется добровольное согласие пациента, а в условиях пандемии COVID-19 – обязательное лабораторное исследование методом ПЦР[4].

Так же как и в соматической поликлинике, в психоневрологическом диспансере осуществляется амбулаторное лечение, условием которого является регулярное посещение врача-психиатра для контроля и коррекции назначенного врачом лечения. Необходимость стационарного лечения возникает при длительном подборе медикаментозных препаратов, острых состояниях, когда лечение «на дому» не дает результатов. Бывают случаи, когда в результате психического расстройства возможна угроза жизни и здоровью пациента или жизни и здоровью окружающих. В этом случае госпитализация осуществляется в недобровольном порядке[5]. Эта ситуация особенно требует внимания и спокойствия со стороны участковой медицинской сестры. Так как пациент испытывает сильнейшую тревогу и страх, не имея возможности оценивать свое состояние ввиду острого течения заболевания, на языке психиатров это звучит так: «критика к своему состоянию у пациента отсутствует». Пока врач готовит направление на госпитализацию, медсестра может вывести в сопровождении родственников пациента в коридор, постараться успокоить его.

Самообладание, твердость и уверенность в поведении участковой психиатрической медицинской сестры способствует организованной работе приема, исключению ситуаций, негативно влияющих на эмоциональный фон пациента. Задача ее работы заключается в том, чтобы стать помощницей врачу, создать комфортные условия в работе. Уметь снять напряжение в беседе с пациентом, погасить возможные конфликты со стороны самого пациента и его близких, которые сопровождают его. Движения медицинской сестры не должны быть резкими, слова грубыми. Во время работы с техникой, канцелярскими приборами важно стараться не создавать громких звуков, которые могут отвлечь пациента во время опроса его врачом. Стараться не запускать посторонних во время доверительной беседы, не прерывать диалог врача с пациентом.

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что быть хорошей квалифицированной медицинской сестрой – это не значит только четко выполнять манипуляции и назначения врача. Все наши действия, поступки и слова должны, прежде всего, быть подвержены анализу для исключения необратимых последствий. Выполнение четких инструкций, соблюдение профессиональной этики и деонтологии[6], – все это будет предопределять качество выполнения медицинской услуги. Все перечисленные критерии в своей совокупности будут способствовать формированию четких нравственных ориентиров в профессиональной деятельности медицинской сестры, а значит повышать уровень доверия граждан к медицинской профессии в целом.

[4] Методические рекомендации МР 3.1.0169–20./ https://www.rospotrebnadzor.ru/

[5] Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Ст. 29 «Основания для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке».

[6] Сестринское дело: теория и практикум. // Этика и деонтология в работе медицинской сестры, медбиоэтика. – 30.01.2021 – https://www.omedsestre.ru/

ГЛОБАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В ПОДДЕРЖКУ СЕСТРИНСКОГО И АКУШЕРСТВОГО ДЕЛА

В 2021 ГОДУ В МИРЕ БУДУТ ПРИНЯТЫ ВАЖНЕЙШИЕ СТРАТЕГИИ ПОДДЕРЖКИ ПРОФЕССИЙ

Серебренникова Н.В.
Директор по международному сотрудничеству РАМС, к.п.н.

Позади 2020 год – Международный год медицинской сестры и акушерки, на который специалисты возлагали столько надежд и который стал настоящим испытанием для всей планеты и всего профессионального сообщества. От этого года ждали серьезных решений, четкого провозглашения того, что медицинская сестра – ключевая профессия XIX века, без которой великие цели прогресса не достижимы. Выработать такие решения в 2020 году не получилось, но их необходимость стала еще более очевидной. Не осталось ни одного уголка на Земле, где бы как гром среди ясного неба не грянул истребляющий население COVID-19.

Сегодня, когда многие страны переживают третью волну пандемии, уроки, извлеченные из трагического 2020 года, обретают форму правил для здравоохранения будущего. В сестринском и акушерском деле сводом таких правил станут Глобальные стратегические руководства по укреплению сестринского и акушерского дела на период 2021–2025 гг.

Этот документ призван зафиксировать направления, по которым страны должны двигаться в поддержке сестринского дела и акушерства, чтобы достичь высоких показателей здоровья населения. Здесь заложены те болевые точки и пробелы, не обращать внимания на которые больше не получится, – за ними тяжелейшие и невосполнимые утраты сотен тысяч жизней, коллапс систем здравоохранения и выживание ценой героизма медицинских работников.

Экспертам, лидерам профессиональных ассоциаций, научному сообществу многие из этих задач были известны еще до пандемии, – напомним, что вышедший в апреле 2020 года Первый доклад о состоянии сестринского дела в мире готовился в течение всего 2019 года. Благодаря полученным данным, а они были представлены 181 страной, стало понятным, что сейчас миру не хватает 5,9 млн медицинских сестер. В ближайшие 10 лет еще 4 млн специалистов выйдут на пенсию. Темпы воспроизводства специалистов должны быть экстренно увеличены во всех странах. Но как этого достичь?

> **Необходимо вкладывать ресурсы в обучение, создание рабочих мест и развитие лидерских функций сестринского персонала. (Выводы Первого доклада о состоянии сестринского дела в мире)**

Доклад ВОЗ о состояния сестринского дела в мире обозначил 10 стратегических рекомендаций, касающихся инвестиций в рабочие места, благоприятные и привлекательные условия трудоустройства, образование, практику, сбор и анализ данных, мониторинг процессов миграции кадров, профессиональное регулирование, расширение полномочий специалистов, лидерство и управление.

Исходя из этих рекомендаций, сформулированы 4 основные сферы действий, которые легли в основу Стратегических руководств по развитию сестринского и акушерского дела, – это образование, работа, лидерство и практика.

В ходе состоявшегося 24–25 марта Совещания ЕРБ ВОЗ, участие в котором приняли главные правительственные сестры, члены Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций, эксперты сотрудничающих центров ВОЗ, эти четыре направления были рассмотрены применительно к европейскому региону. В ближайшие месяцы на основе состоявшейся дискуссии экспертной группе предстоит разработать Дорожную карту по реализации Глобальных стратегических руководств. Дорожная карта должна помочь странам ответить на вопросы не только о том, что нужно сделать в поддержку сестринского и акушерского дела, но и как это реализовать.

В европейском регионе ВОЗ ситуация в сестринском деле и акушерстве на фоне глобальной картины выглядит вполне благополучно. Именно здесь самые высокие показатели обеспеченности сестринскими кадрами, в ряде стран более 170 специалистов на 10 000 пациентов. Именно здесь самая высокая средняя продолжительность образования, – во многих странах базовым уровнем подготовки стал

бакалавриат; доступны и более высокие уровни обучения – магистратура и аспирантура как в сестринском, так и в акушерском деле.

Тем не менее в Европе трудится внушительное число медицинских сестер-мигрантов. Например, 15 % медицинских сестер Великобритании получили образование в другой стране и переехали с целью трудоустройства. В европейском регионе пандемия оставила тяжелейший след, а в самые первые недели и месяцы приходилось задействовать все ресурсы – от привлечения студентов до медсестер, уже вышедших на пенсию (напомним, что пенсионный возраст во многих странах Европы для женщин составляет 67 лет); именно здесь высока доля медицинских сестер старшей возрастной группы, т.е. тех, кто в ближайшие годы уйдет из профессии.

Пандемия стерла социально-экономические преимущества стран, которые «работали» в отношении хронических заболеваний, благодаря которым качество жизни населения помогало и поддерживало на стабильном уровне потребности в стационарной помощи. При видимом благополучии регион понес серьезные потери населения и потери кадров. Более того, эксперты прогнозируют, что стресс, пережитый в период пандемии, возникшие пробелы в обучении студентов, в проведении запланированной практики, перевод учебы в дистанционный формат, еще покажут себя и приведут к дополнительному оттоку специалистов из системы здравоохранения.

Основываясь на этих исходных данных, участники совещания обсудили глобальные стратегические направления, озвучив вопросы, вызывающие беспокойство в странах европейского региона. Оговоримся, что речь идет о проектировании документа, и его окончательные формулировки могут отличаться от приведенных в настоящей публикации. Но общий вектор дискуссии лидеры профессии должны понимать уже сейчас. Крайне важно, чтобы итоговая версия была максимально созвучна тому, что важно для каждой страны крупнейшего мирового региона.

ОБРАЗОВАНИЕ

Стратегическое направление: выпускники учебных заведений сестринского и акушерского профиля соответствуют запросам системы здравоохранения или превосходят их и обладают требуемыми знаниями, компетенциями и социальными установками для решения национальных приоритетных задач в области здравоохранения.

Обследование стран региона, как мы уже отметили выше, показало высокую распространенность бакалавриата в качестве базового уровня профессиональной подготовки. Высокую, но не повсеместную. Поэтому необходимость расширения возможностей университетской подготовки сестер звучала на совещании многократно.

- Что мешает обеспечить подготовку медсестер по программе бакалавриата?
- Как добиться того, чтобы программы базового образования готовили выпускников к выполнению оптимизированных (более широких) полномочий?
- Как обеспечить подготовку компетентных педагогических кадров?
- Какие препятствия возникают для введения переходных программ и как их преодолеть?

Рекомендации, которые предстоит сформулировать экспертной группе, должны содействовать тому, чтобы решить давно укоренившиеся проблемы сферы образования, такие как разрыв ее с практикой, нехватка подготовленных наставников, недостаточная подготовка и нехватка препо-

давателей. Более того, в предстоящие годы важно добиться интеграции доказательной практики в образовательный процесс на додипломном уровне. Уже здесь важно заложить у студентов основы научного мышления, с тем чтобы поддержать исследовательскую деятельность специалистов. И ключевая задача системы образования – стать гибкой и реагировать на меняющиеся требования, ожидания, нужды системы здравоохранения, готовя студентов не только к сегодняшней, но и к будущей профессиональной роли.

РАБОТА

Стратегическое направление: увеличить наличие медицинских работников за счет стабильного создания на долгосрочной основе рабочих мест, эффективной системы найма и сохранения кадров, управления процессами международной мобильности и миграции кадров с соблюдением норм этики.

Очевидно, что без решения вопросов оплаты труда говорить о привлечении и сохранении кадров бессмысленно. Но дело не только в механическом повышении уровня оплаты. Как отмечают эксперты, необходимы справедливые и понятные системы оплаты, учитывающие такие компоненты, как квалификация специалиста, стаж, уровень ответственности и сложность выполняемых задач.

Не менее значимо и соотнесение оплаты труда сестринского персонала с оплатой других категорий работников здравоохранения, а также специалистов, задействованных в других секторах экономики.

Уровень оплаты труда должен отражать исключительную ценность специалистов для общества. Эксперты едины в своем мнении, – пока не будут решены в пользу медицинских работников вопросы оплаты труда, иные долгосрочные стратегии привлечения и сохранения кадров будут играть ограниченную роль, хотя и они требуют внимания.

К числу таких стратегий относится нагрузка. Сегодня преимущества на стороне гибких систем кадрового обеспечения, таких систем, которые способны быстро адаптироваться к изменениям нагрузки и сохранять баланс кадрового обеспечения. Эксперты отмечают, что жесткое законодательное регулирование в ряде стран стало серьезным ограничением к эффективной передислокации кадров в период пандемии.

В то же самое время есть примеры прогрессивных законодательных решений, которые позволяют медицинским организациям менять соотношение работников в зависимости от текущих и планируемых потребностей, которые привязывают количество ставок к объемам оказываемой помощи, к степени тяжести поступающих пациентов, учитывая при этом растущий вклад специалистов сестринского звена.

Не вызывает сомнений необходимость в создании безопасных условий труда, а также благоприятных условий, – согласитесь, это нечто большее. Мы проводим в состоянии «работы» большую часть своей жизни. Если на работе специалист чувствует себя как член содружества единомышленников, как член семьи, то его не будет преследовать мысль о смене места работы или профессии. Взаимоотношения в коллективах – это не просто один из важных аспектов кадровой работы, это та область, в которой большую роль могут сыграть профессиональные сообщества.

Отдельное внимание в разрабатываемой дорожной карте получат вопросы сельского здравоохранения, необходимость дополнительных инвестиций и в привлечение кадров, и в оплату труда, и в создание условий профессионального роста, и в интеграцию работников сельской местности в процессы непрерывного профессионального развития.

ЛИДЕРСТВО

Стратегическое направление: увеличить долю и повысить полномочия акушерок и медицинских сестер на высоких руководящих должностях в системах здравоохранения и образования и постоянно воспитывать и всячески поддерживать следующее поколение лидеров сестринского и акушерского дела.

Обсуждение в группе «Лидерство» вызвало настоящий ажиотаж, – высказаться и не единожды хотелось представителям все стран региона. Лидерство невозможно без образования, – обязательный бакалавриат, возможности магистратуры и аспирантуры – первое условие воспитания лидеров. Если медицинские сестры и акушерки завтра займут посты руководителей на уровне министерств, они должны быть высокообразованными.

Но достаточно ли одного образования, когда нет опыта, когда в своей профессиональной деятельности специалист не сталкивается с задачами разработки стратегических документов? Специалисты должны знакомиться с вопросами экономики, права, управления еще со студенческой скамьи и иметь возможность наращивания своих знаний в последующие годы. Странам не хватает программ подготовки лидеров, это один из выводов доклада о состоянии сестринского дела в мире. Профессиональные сообщества должны активно разрабатывать такие программы, быть площадкой, где специалисты растут, как лидеры, получают знания и практику, отрабатывая те или иные нормативные документы, участвуя в создании профессиональных стандартов, реализуя пусть и общественные, но масштабные национальные инициативы.

Несмотря на первенство европейского региона по многим вопросам сестринского и акушерского дела, во многих странах должность главной правительственной медсестры, акушерки отсутствует. В ряде стран она учреждалась и вскоре закрывалась, в ряде стран, – должность недавно была открыта, но предполагает только ответственность и никакой поддержки, ресурсов, реальных рычагов влияния, принятия и выполнения решений. Страны нуждаются в серьезном руководстве в поддержку лидеров и руководящих постов, – от карты региона с такими должностями, лучших примеров, реализованных странами, в буквальном смысле, должностных инструкций, открывающих полномочия ключевых руководителей, до сети непрерывного взаимодействия и обмена опытом между действующими лидерами.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ (ПРАКТИКА)

Стратегическое направление: акушерки и медицинские сестры работают в полную меру возможностей, которые дают им образование и профессиональная подготовка, в безопасных и благоприятных условиях.

Еще в середине 2000-х мир заговорил о расширении профессиональной роли медицинской сестры и акушерки. За прошедшие годы в отдельных странах и на уровне Международного совета медсестер были выработаны определения такой роли, требования к уровню ответственности, самостоятельности и образования.

Удар пандемии привел в том числе и к тому, что медицинским сестрам пришлось взять на себя львиную долю ответственности и профессиональных задач по оказанию медицинской помощи. Роли и функции передавались на ходу, и это было единственным возможным вариантом развития событий и выживания. Сейчас, когда мир возвращается к мирной жизни, возникает справедливый вопрос, насколько системы профессионального регулирования отражают высокую ответственность специалистов? Почему клинические руководства не включают медицинских сестер, почему роль медицинской сестры не закреплена документами, регламентирующими лечение отдельных состояний и заболеваний?

Практически в каждой стране для решения этого вопроса нужен сигнал сверху. Потому что культура взаимодействия врача и медицинской сестры десятилетиями воспроизводит традиционные установки того, что врач лечит пациента, а медсестра помогает врачу. И противостояние новой роли медицинской сестры со стороны врачебного сообщества до настоящего времени является весомым сдерживающим фактором.

В эти дни Региональное бюро ВОЗ формирует Экспертную комиссию, результатом работы которой станет окончательная редакция Дорожной карты по реализации Глобальных стратегических направлений укрепления сестринского и акушерского дела. Учитывая, что принятие Глобального руководства планируется в ходе Всемирной ассамблеи здравоохранения, мы можем надеяться на высокую приверженность стран к его выполнению. Но это не значит, что специалистам предстоит ждать неких решений, принимаемых в высших эшелонах управления.

Профессиональная ассоциация для того и создана, чтобы быть двигателем реформ. Мы активно лоббируем возможность для сестер и акушерок занимать высшие руководящие посты, вовлекаем специалистов в общественную деятельность, поддерживаем инициативы лидеров и, конечно, их обучаем.

В феврале Правление Ассоциации медицинских сестер России, специализированная секция РАМС «Управление сестринской деятельностью» приступили к проекту в поддержку лидеров сестринского дела, участниками которого стали более 100 специалистов. Занятия уже начались, а мы обязательно будем информировать читателей о ходе проекта, достижениях лидеров, дальнейшем движении к укреплению роли специалистов в мире, европейском регионе и в нашей стране.

ВОЛОНТЕРСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА БАЗЕ ГКБ ИМ. В.В. ВИНОГРАДОВА ДЗМ

Александр Владимирович ГОЛУБЕВ
Старший медицинский брат ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ»

ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ» – это многопрофильный стационар, расположенный на юго-западе города Москвы. Ежегодно здесь получают стационарную помощь более 50 тысяч пациентов с различными заболеваниями.

Решение о проведении пилотного проекта и создании на базе ГКБ им. В.В. Виноградова Волонтерского центра (ВЦ) принадлежит главному врачу учреждения – д.м.н., профессору Шараповой Ольге Викторовне. Далеко не все главные врачи готовы были взять на себя такую ответственность. До принятия регламента Минздравом России в 2019 году «Об утверждении порядка взаимодействия федеральных государственных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, с организаторами добровольческой (волонтерской) деятельности и добровольческими (волонтерскими) организациями при содействии в оказании медицинской помощи в организациях, оказывающих медицинскую помощь», в работе с волонтерами больница опиралась на приказ столичного Департамента здравоохранения № 796 от 22.09.2016. «Об утверждении регламента взаимодействия Департамента здравоохранения города Москвы и организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы с социально-ориентированными некоммерческими организациями», который подразумевал личную ответственность главного врача за работу больницы с волонтерами.

ВЦ ГКБ им. В.В. Виноградова – координационный центр, действующий на базе отдела по связям с общественностью больницы. Координацию и общий контроль за деятельностью отдела осуществляет главный врач больницы. Куратором ВЦ является начальник отдела по связям с общественностью, отвечающий за текущий контроль деятельности ВЦ, организацию его работы и развитие.

Волонтерский центр больницы осуществляет свою деятельность в целях повышения пациентоориентированности медицинской организации.

Волонтерство (от французского volontaire – «волонтер») – это любая добровольная деятельность, которая осуществляется на благо общества без расчета на какое-либо вознаграждение.

В современной России впервые определение волонтера (добровольца) было дано в Федеральном законе «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» в 1995 году. В том же 1995 году в городе Москве прошел первый форум добровольцев.

В декабре 2016 года глава государства В.В. Путин в своем ежегодном Послании Федеральному Собранию РФ заявил о необходимости «снять все барьеры для развития волонтерства».

Развитие волонтерского движения продолжает поддерживаться на самом высоком уровне в нашей стране. В феврале 2021 года на встрече с лидерами думских фракций президент заявил о важности работы волонтеров: «Волонтёрское движение, которое мы поддерживали и намерены поддерживать в будущем, мне очень приятно, очень важно. И мне очень приятно, что оно не просто набирает обороты и привлекает большее и большее количество людей, причём самых разных возрастов, прежде всего, конечно, молодых людей. Мы будем и дальше делать всё для того, чтобы волонтёрское движение поддержать», – сказал В.В. Путин.

В марте 2021 года председатель «Единой России» Д.А. Медведев предложил волонтерам стать кандидатами в депутаты Госдумы. Президент Владимир Путин 4 марта 2021 года во время встречи с участниками всероссийской акции взаимопомощи «Мы вместе» поддержал идею участия волонтеров в политической жизни страны.

Департамент здравоохранения города Москвы проводит работу по развитию волонтерства в городской системе здравоохранения. В частности, одними из направлений деятельности являются волонтерская помощь в медицинских организациях и профориентация школьников в медицину.

Волонтерский центр «Волонтеры в медицине» на базе Городской клинической больницы им. В.В. Виноградова действует с 2017 года.

Согласно Положению больницы о волонтерском центре, волонтером может стать человек от 14 лет, готовый трудиться добровольно и безвозмездно. Важнейшей составляющей проекта «Волонтеры в медицине» является профориентация. Принять участие в волонтерской деятельности могут как те, кто получает медицинское образование (студенты медицинских институтов лечебных факультетов, факультетов высшего сестринского образования), так и те, у кого этого образования нет (учащиеся старших классов школ, ученики медицинских классов, решившие связать свою жизнь с медициной после окончания школы). Волонтерская деятельность помогает сделать правильный выбор.

Больница осуществляет прием волонтеров, направленных партнерскими организациями – это социально ориентированные некоммерческие организации (НКО), с которыми медицинское учреждение заключило договор о сотрудничестве. НКО привлекает молодых людей к осуществлению во-

лонтерской деятельности. На данный момент партнерскими организациями ГКБ им. В.В. Виноградова выступают Автономная НКО поддержки гуманитарных программ «Русская гуманитарная миссия», Всероссийское общественное движение добровольцев в сфере здравоохранения «Волонтеры медики», Ассоциация некоммерческих организаций «Союз волонтерских организаций и движений».

Волонтерский центр совместно с НКО осуществляет популяризацию медицинского волонтерства посредством рекламы в социальных сетях, средствах массовой информации, проведения презентаций в школах, в медицинских учебных заведениях, размещения информации в стационаре и на сайтах некоммерческих организаций и лечебного учреждения о возможности волонтерства в медицине.

Не все старшеклассники, получив опыт волонтера, подают документы в медицинские учебные заведения. Но те, которые поступили – со временем пополнят ряды врачей и среднего медицинского персонала. Они выбрали свой профессиональный путь осознанно.

Деятельность волонтера в ГКБ им. В.В. Виноградова строго регламентирована приказами Департамента здравоохранения г. Москвы. Между больницей и волонтером заключается договор, в котором прописывается деятельность волонтера. Волонтеры оказывают помощь персоналу в уходе за пациентами, в выполнении гигиенических процедур, в кормлении, транспортировке пациентов только после получения необходимых разъяснений и под постоянным присмотром медицинских сестер.

Формируя задачи волонтерской деятельности в больнице, мы учитываем не только потребности отделений в помощи, но и пожелания самого добровольца. Волонтерская деятельность – это и забота о пациентах, которые находятся в стенах лечебного учреждения, и их моральная поддержка.

Желающие пополнить ряды волонтеров могут заполнить онлайн-заявку на сайте больницы или НКО. Прием в ряды волонтеров осуществляется круглый год. После подачи заявки с кандидатом в волонтеры связывается координатор, назначает дату и время собеседования для определения готовности стать волонтером в больнице, совмещенное с семинаром по медицинскому волонтерству. При положительном прохождении собеседования заключается договор между волонтером и партнерской организацией, предоставляются

необходимые медицинские справки о состоянии здоровья, документы об образовании. Собеседование является важным этапом, оно дает возможность кандидату задуматься – зачем он идет в проект, еще раз взвесить все «за» и «против». Перед началом работы доброволец в обязательном порядке проходит вводные инструктажи по охране труда, пожарной безопасности, гражданской обороне, электробезопасности, особенностям волонтерства в медицине, организационным вопросам уже на базе ВЦ медицинской организации. Все действия по организации работы волонтеров в отделениях стационара согласуются с главной медицинской сестрой больницы. Важнейшей частью проведения инструктажей перед началом работы является проведение старшей медицинской сестрой отделения инструктажа по гигиенической обработке рук с принятием зачета у волонтера, и в дальнейшем ежедневного строгого контроля со стороны медицинских сестер за выполнением волонтерами данной процедуры в практической деятельности.

Волонтеры, осуществляющие добровольческую деятельность в отделениях стационара, подчиняются старшей медицинской сестре. Именно старшая медсестра отделения знакомит школьников, решивших в будущем связать свою профессиональную деятельность с медицинской профессией, с организацией работы больницы и отделения, с азами общего ухода за пациентами, с правилами этики и деонтологии, помогает погрузиться в атмосферу медицинского сообщества.

Время работы волонтеров определено правилами медицинского волонтерства в ГКБ им. В.В. Виноградова – с 08:00 до 20:00 часов ежедневно. График работы, по которому волонтеры осуществляют свою деятельность, согласовывается ежемесячно со старшей медсестрой отделения. За порядок взаимодействия волонтера с пациентами и медицинским персоналом, учет времени волонтера внутри отделения отвечает старшая медсестра. Волонтер обязательно сообщает о своем приходе и уходе из отделения старшей медицинской сестре, а в выходные и праздничные дни – постовой медсестре. Время ухода и прихода отмечается в рабочем графике волонтера, в конце месяца суммируется общее число наработки часов.

Для студентов медицинских вузов и колледжей участие в волонтерской деятельности – прекрасная возможность закрепить свои теоретические знания, полученные в учебных заведениях, на практике. Средний медицинский персонал во главе со старшей медицинской сестрой отделения выступают в качестве наставников волонтеров.

Связать свою жизнь с профессией медицинского работника – серьезный и ответственный шаг. Именно поэтому можно порекомендовать молодым людям, которые хотят связать свою жизнь с медициной, проверить на практике, подходит или не подходит данная профессия до момента подачи документов в средние и высшие медицинские учебные заведения. Как показывает опыт работы волонтерского центра на базе ГКБ им. В.В. Виноградова, школьники до поступления в указанные выше учебные заведения проводят в стенах больницы в качестве волонтеров от 6 до 12 месяцев. В среднем такой промежуток времени помогает определиться в выборе профессии.

Для студентов медицинских вузов опыт волонтерства становится своеобразной проверкой на прочность, основной функцией таких волонтеров может стать помощь среднему медицинскому персоналу и осуществление ухода за пациентами.

Прошедший 2020-й год показал, что здоровье и будущее как никогда зависят от объединения усилий и взаимопомощи. Во время пандемии волонтерское движение смогло объединить силы для помощи медицинским работникам и пациентам.

За время работы COVID-корпуса в ГКБ им. В.В. Виноградова в период с апреля по июль 2020 года волонтерский центр больницы провел 12 встреч-инструктажей с партнерскими организациями, более 3650 часов волонтерской помощи оказали 70 волонтеров в стенах больницы. В «зеленой» зоне выполнялись следующие виды волонтерской помощи: административная помощь по оцифровке данных; подготовка статистических отчетов; формирование бумажного архива медицинской документации; работа в колл-центре COVID-корпуса больницы; помощь в отделениях в качестве помощников среднего и младшего медицинского персонала (сопровождение пациентов на процедуры, исследования, уборка помещений, помощь в уходе и приеме пищи, и др.).

Также следует отметить волонтеров студентов-медиков, которые с первых дней открытия COVID-корпуса на территории ГКБ им. В.В. Виноградова оформились работать в «красную» зону в качестве среднего медицинского персонала (Старков Михаил – студент 6 курса ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Федюшин Владимир – студент 6 курса МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Сумина Вера – ординатор 1 года ФГБУ ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева).

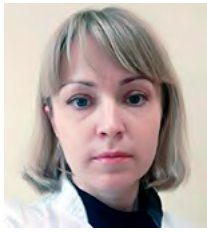
В период пандемии волонтеры на деле доказали, что готовы оказывать помощь людям в самых трудных ситуациях.

Медицинская реабилитация пациентов наркологического профиля

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В СОСТАВЕ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ СПЕЦИАЛИСТОВ

Елена Владимировна ТОМИНИНА
Главный врач КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер»;

Дмитрий Дмитриевич КУЛАКОВ
Заместитель главного врача по организационно-методической и консультативной работе;



Екатерина Александровна МАЛЬЦЕВА
Заведующая 1 наркологическим отделением;

Мария Сергеевна ЛЫСКОВА
Заведующая отделением медицинской реабилитации;

Анна Анатольевна КИСЕЛЕВА
Главная медицинская сестра

Злоупотребление алкоголем оказывает прямое влияние на смертность населения в связи с летальными исходами от острых отравлений алкоголем, несчастных случаев и преступлений, обусловленных алкогольным опьянением (дорожные происшествия, пожары, бытовые убийства и т.д.), суицидов, совершаемых в состоянии алкогольного опьянения, негативно влияет на состояние здоровья населения, увеличивает число случаев инвалидности среди граждан (Бурцев А.А. с соавторами, 2020).

Потребление алкоголя приводит к смерти и инвалидности на относительно более ранних стадиях жизни. Среди людей в возрасте 20–39 лет примерно 13,5 % всех случаев смерти связаны с алкоголем (Global status report on alcohol and health, World Health Organization, 2018).

Проблема злоупотребления алкоголем является актуальной для Кировской области. Необходимо отметить, что показатели общей заболеваемости алкоголизмом, смертности от отравлений алкоголем в Кировской области превышают аналогичные показатели Российской Федерации (далее – РФ) и Приволжского федерального округа (далее – ПФО) (аналитический обзор НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», 2020).

По итогам 2020 года число лиц, зарегистрированных с диагнозом «синдром зависимости от алкоголя», составляет 1411,9 на 100 тыс. населения, что в 1,6 раза выше аналогичного показателя РФ (2019 год – 873,3 на 100 тыс. населения), и на 34,4 % выше аналогичного показателя в ПФО (2019 год – 1050,7 на 100 тыс. населения).

По предварительным данным Федеральной службы государственной статистики в 2020 году смертность от случайных отравлений алкоголем в Кировской области составила 14,4 на 100 тыс. населения, что в 3,3 раза превышает аналогичный показатель РФ (2020 год – 4,4 на 100 тыс. населения) и в 2,9 раза превышает аналогичный показатель ПФО (2020 год – 4,9 на 100 тыс. населения). По итогам 2019 года Кировская область занимает 3-е место по значению показателя смертности от случайных отравлений алкоголем в Приволжском федеральном округе.

В субъектах Российской Федерации с высоким уровнем потребления алко-

голя среди населения специалистам необходимо направить усилия на раннее выявление психических расстройств, связанных с употреблением алкоголя среди населения, лечение и медицинскую реабилитацию пациентов с наркологическими расстройствами.

В настоящее время в оказании специализированной медицинской помощи по профилю «Психиатрия-наркология» применяется биопсихосоциальный подход, в основе которого лежит принцип оказания пациентам наркологического профиля не только медикаментозной помощи, но и работы с личностью пациента. При этом помощь оказывает полипрофессиональная бригада специалистов, включающая в себя врача-психиатра-нарколога, врача психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе или социального работника и медицинскую сестру.

Медицинская реабилитация наркологических больных на территории Кировской области осуществляется в отделении медицинской реабилитации КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер».

Реабилитация проводится в соответствии с программой «Модель реабилитации зависимых на основе индивидуальных психотерапевтических программ, дифференцированных моделей реабилитационной среды и ступенчатой мотивационной интервенции» (метафорическое название «Кировская реабилитационная воронка»), которая по итогам Всероссийского конкурса на лучшую реабилитационную программу в 2013 году заняла 4-е место и была рекомендована к внедрению на территории Российской Федерации.

Реабилитационная программа, которая реализуется на территории Кировской области, имеет ряд преимуществ:

- Мотивационные вмешательства и информирование (психообразование) пациентов организовано в стационарных отделениях КОГБУЗ и межрайонных наркологических центрах, т.е. первый этап реабилитации встроен в имеющуюся структуру наркологической помощи, реабилитация не оторвана от медикаментозного лечения.
- Реабилитационные вмешательства проводятся с максимальным вовлечением всех пациентов с различным уровнем мотивации. Работа идет со всем обратившимся контингентом, на следующий этап реабилитации переходят только справившиеся с сопротивлением. Не готовые к изменениям не переходят на следующий уровень, они могут временно выбывать из программы. Мы предлагаем пациенту рассматривать срыв как мотивирующее событие – повод для повторного вхождения в реабилитацию.

В настоящее время в КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер» функционируют 3 этапа реабилитации:

- предреабилитационный (мотивационный) этап в отделении неотложных наркологических состояний;
- этап стационарной реабилитации;
- этап амбулаторной реабилитации.

Предреабилитационный этап организован в отделении неотложной наркологической помощи. Медицинскими сестрами отделения регулярно проводятся мотивационные вмешательства с пациентами с целью установления контакта и информирования о необходимости прохождения реабилитации для достижения стойкой ремиссии.

Этап стационарной реабилитации. При поступлении в отделение реабилитации медицинская сестра знакомит пациента с программой реабилитации и правилами отделения.

В отделении реабилитации пациент погружается в лечебно-реабилитационную среду, которую составляют структурированный реабилитационный режим, взаимоотношения персонала и больных, специально ориентированные на объединение пациентов вокруг общей цели; комплекс психотерапевтических, психологических и психосоциальных мероприятий; самоуправление пациентов и организация ими досуга.

В отделении реабилитации функционирует 3 типа лечебно-реабилитационных сред (далее – ЛРС): ЛРС «первого эпизода» (ЛРС типа А), кризисная реадаптационная (ЛРС типа D), коррекционно-реконструктивная (ЛРС типа В).

Компонентами психотерапевтической среды, в которых принимает участие медицинская сестра, являются мероприятия:

- психообразовательные – информирование пациента о заболевании;
- средообразующие: ежедневные собрания в большой группе всех реабилитантов и персонала отделения для решения текущих совместных проблем, возникающих в процессе их взаимодействия, прояснения конфликтных ситуаций. Раскрывая свои чувства, возникающие во взаимодействии, медицинская сестра и другие сотрудники отделения демонстрируют пациентам адаптивные способы решения различных ситуаций,

не связанные с употреблением психоактивных веществ. Пациенты с разной степенью конструктивности отрабатывают навыки общения как с персоналом, так и друг с другом;

• бригадообразующие: группа профилактики «эмоционального сгорания» сотрудников.

Для создания лечебно-реабилитационной среды в отделении медицинской реабилитации медицинская сестра:

• круглосуточно наблюдает за соблюдением режима и правил отделения реабилитантами;

• ежедневно докладывает об особенностях соматического и психического состояния пациентов, об их взаимоотношениях друг с другом и медицинским персоналом, занятости в свободное от занятий время;

• участвует во встречах полипрофессиональной бригады специалистов с целью разработки индивидуальной психотерапевтической программы;

• участвует в групповой работе для сотрудников коллектива, ориентированной на формирование командного взаимодействия, профилактику профессионального выгорания и повышения сплоченности коллектива, проработку проблем, возникающих в межличностных отношениях, в том числе при взаимодействии с пациентами отделения;

• регулярно участвует в тренингах контакта, формирования представления персонала об особенностях личности зависимого, о роли различных специалистов в бригадном взаимодействии, информирования сотрудников о закономерностях созависимого поведения и осознании своего созависимого поведения.

Ежегодно стационарную медицинскую реабилитацию проходят более 200 пациентов. С 2017 года на 7 % увеличилась доля лиц, успешно завершивших программу медицинской реабилитации в стационарных условиях, на 19 % доля лиц, успешно завершивших **амбулаторный этап реабилитации**.

Успех медицинской реабилитации зависит от слаженности работы специалистов полипрофессиональной бригады. Медицинская сестра отделения стационарной реабилитации вносит большой вклад в создание лечебно-реабилитационной среды в отделении, участвует в мотивации пациентов на дальнейшее прохождение медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Особенностью работы в данном отделении является не медикаментозное лечение заболевания, а взаимодействие с реабилитантами с целью психосоциальной адаптации и реинтеграции в общество, что позволяет им научиться жить со своим заболеванием, брать на себя ответственность за собственную жизнь и все события, происходящие в ней, успешно строить отношения с окружающими людьми. Таким образом, медицинская реабилитация позволяет вернуть работоспособных людей в общество и получить огромный положительный социальный эффект.

ДЕТИ НЕ ДОЛЖНЫ СТРАДАТЬ

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Наталья Анатольевна САМОЙЛИЧЕНКО
Главная медицинская сестра, Государственное автономное учреждение Астраханской области «Астраханский областной социально-реабилитационный центр «Русь»

Оставь и забудь, родишь еще здорового

Ни для кого не секрет, что еще не так давно в нашей стране очень часто женщина, родившая ребенка с диагнозом ДЦП, отказывалась от него еще в роддоме. Мало того, сами медицинские работники, желая облегчить участь семье ребенка, настойчиво предлагали маме отказаться от новорожденного инвалида. Можно только догадываться, какой стресс испытывает мать, родившая особого ребенка, но не меньший стресс женщина получала от советов медиков «не брать на себя эту тяжелую ношу». Давили «добрыми советами» не только на мать, но и отдельно на отца и остальных родственников. Если мама не хотела оставлять ребенка, к уговорам присоединялся поверивший медицинским работникам муж и встревоженные родители. Женщину запугивали распадом семьи, говоря «оставь "этого" и роди другого, здорового». «Эти», именно так называли детей, родившихся с тяжелой патологией. Медики уверяли родителей в том, что о ребеночке «с изъяном» позаботится государство.

Сфера человеческих отношений

Все переменчиво, все изменяется и к большому счастью для всех ситуация по восприятию детей с детским церебральным параличом кардинально поменялась. Все больше матерей и отцов осознают, что их особый ребенок имеет право на любовь, заботу и понимание, несмотря на то, что у него присутствуют большие отклонения в здоровье и в развитии. Все больше детей с таким неутешительным диагнозом, как ДЦП, остаются в семьях и воспитываются любящими их родителями. Без всяких сомнений это повышает дееспособность ребенка, дает ему шанс на максимальную реализацию способностей и посильную деятельность в жизни общества.

Не зря бытует мнение, что самым главным ареалом, где происходит отдача, считается не мир материальных ценностей, а сфера человеческих отношений.

Особенности семейного воспитания

Ребенок с ДЦП – это нелегкая ноша для семьи. От родителей требуется самоотверженность и напряжение всех сил. Справиться с этой ответственностью удается не каждой семье. Воспитывая особого ребенка, муж и жена должны быть очень близкими по духу людьми и поддерживать друг друга.

Как правило, мать ребенка с ДЦП не выходит на работу, не уделяет времени себе самой, своим интересам. По факту женщина круглосуточно без выходных и праздников занята уходом за ребенком.

А на отца семейства полностью ложится ответственность за материальное благополучие, так как содержание больного ребенка требует много различных приспособлений для его развития.

Родители, воспитывающие ребенка с ДЦП, заслуживают большого уважения своей стойкостью к невзгодам и способностью к самоотдаче.

Но несмотря на большую самоотдачу, семья ребенка с ДЦП очень нуждается в поддержке государства. Гарантии государства призваны облегчить жизнь, поддержать и защитить права ребенка и его близких. В частности, у родителей должна быть возможность получать услуги по реабилитации ребенка, начиная с самого раннего возраста.

Ранняя реабилитационная помощь

Начав реабилитацию в раннем возрасте, родители дают шанс своему ребенку приблизиться к нормальным показателям в развитии или облегчить состояние и улучшить качество жизни.

Ранняя реабилитационная помощь – это комплексная помощь семьям с детьми, у которых диагностировали детский церебральный паралич. Реабилитационная помощь включает в себя комплекс медицинских, социальных и психолого-педагогических мероприятий.

Важно разъяснить необходимость продолжения реабилитации дома не только родителям, но и ребенку, нацелить семью на результат и перспективы выздоровления.

Уже давно доказано, что детям с ДЦП необходима именно комплексная реабилитация, так как ограничиться одним лишь медицинским сопровождением невозможно. Такому ребенку помимо наблюдения врачей узких специальностей необходима помощь также специалистов по физической реабилитации, психолога, логопеда, коррекционного педагога.

Реабилитационный центр «Русь»

В 1995 году на карте Астраханской области появился Астраханский областной социально-реабилитационный центр «Русь». Сегодня это современное

многофункциональное социально-реабилитационное учреждение. Рассчитано на 220 коек. Ежегодно здесь проходят реабилитацию около 400 детей с ограниченными возможностями здоровья. За лечением в центр часто обращаются жители соседних регионов, дальнего и ближнего зарубежья.

Законодательными актами Астраханской области предусмотрена возможность получения бесплатной реабилитационной путевки инвалидам, детям-инвалидам с патологией опорно-двигательного аппарата, заболеваниями нервной системы, детским церебральным параличом. Таким образом, у маленьких пациентов с тяжелой патологией появилась реальная возможность получать качественную реабилитационную помощь, не выезжая за пределы области. Достаточно обратиться в Центр социальной поддержки населения по месту жительства и предоставить необходимые документы.

Достойное начало жизни

Несмотря на то, что диагноз ДЦП до сих пор является серьезным инвалидизирующим заболеванием, многие тяжелые последствия его можно предупредить, если регулярно проходить курс реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение и восстановление нарушенных функций. Дети с ДЦП сталкиваются с такими проблемами, как нарушение двигательной активности, нередко страдает речь, слух, зрение, психика. Сформировать навыки сидения, стояния, сделать первые шаги, произнести первое слово, научиться навыкам по самообслуживанию, обрести друзей, улучшить качество жизни и начать жить достойно с такими тяжелыми нарушениями помогают в социально-реабилитационном центре

«Русь». В центре выстроена система по оказанию ранней помощи семьям, имеющим детей-инвалидов. Соблюдается преемственность между медицинскими работниками, специалистами по комплексной реабилитации и родителями. Основной принцип организации деятельности – комплексный подход к решению проблем реабилитации. Дети, находящиеся на реабилитации, получают массаж, мануальную терапию, физиолечение, водолечение, лечебную физкультуру, механотерапию, рефлексотерапию, лекарственную терапию. Эффективно используется современное медицинское, реабилитационное, коррекционное оборудование. Применяется метод динамической проприоцептивной коррекции двигательных нарушений, используются лечебно-нагрузочный костюм «Адели», реабилитационный костюм «Фаэтон», нейро-ортопедический реабилитационный пневмокостюм «Атлант». Внедряются новые направления в работе и инновационные технологии. Дети с удовольствием посещают занятия по лечебной верховой езде (иппотерапия – методика лечения лошадьми), бассейн, комнату психологической разгрузки, кабинеты БОС (где проходят занятия на реабилитационном оборудовании с использованием биологически обратной связи). Маленькие пациенты даже не догадываются, что на самом деле проходят лечение.

Медицинская реабилитация детей осуществляется специалистами мультидисциплинарной реабилитационной команды, объединяющей специалистов, оказывающих медицинскую реабилитацию с четкой согласованностью и координированностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход в реализации целей медицинской реабилитации. Программа реабилитации формируется для каждого ребенка индивидуально в зависимости от нозологии, тяжести, периода и особенностей течения заболевания, этапа оказания медицинской реабилитации.

Медицинская сестра мотивирует ребенка стать функционально полноценным и независимым от посторонней помощи, насколько это возможно.

Важной составляющей реабилитационного процесса является психологическая реабилитация и социальная адаптация семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Известно, что процесс восстановления и выздоровления во многом зависит от эмоционального состояния ребенка. Поэтому все сотрудники учреждения пытаются создать для детей атмосферу тепла, заботы, радости. Многочисленные культурно-массовые, физкультурно-оздоровительные, досуговые мероприятия, проводимые в центре, поездки в цирк, театр дают положительные эмоции и позитивное настроение.

Медицинская сестра – участник единой мультидисциплинарной команды

Работа медицинских сестер реабилитационного центра отличается от работы в стационарном отделении лечебного учреждения. В реабилитационном центре медицинские сестры палатные (постовые) входят в состав реабилитационной команды, где взаимодействует группа сотрудников: врачи-специалисты (врач-педиатр, врач-невролог, врач травматолог-ортопед, врач по лечебной физкультуре, врач по физиотерапии, врач мануальной терапии, врач-рефлексотерапевт, врач-диетолог), инструктор-методист по лечебной физкультуре, инструктор по лечебной физкультуре, медицинская сестра по массажу, медицинская сестра по физиотерапии, специалист по комплексной реабилитации, медицинский психолог. Курс реабилитации, как мы уже говорили, проводится по индивидуальной программе.

Медицинский персонал прекрасно понимает, что от того, какие отношения удастся выстроить с ребенком и его родителями, во многом будет зависеть успех проводимой реабилитации. Медицинская сестра проводит прием в отделение, размещает по комнатам. Во время приема медицинские сестры знакомятся с семьей, задают уточняющие вопросы, которые позволят им в дальнейшем правильно спланировать свою работу. Как правило, детям раннего возраста нелегко привыкнуть к новому месту, распорядку дня, к «белым халатам» и медицинским процедурам. Некоторые дети боятся вступать в контакт с другими детьми и медицинским персоналом. В этом случае гарантом взаимопонимания между семьей и специалистами становятся медицинские сестры. Медицинская сестра знакомит пациентов и их сопровождаю-

щих с правилами внутреннего распорядка, с назначенными процедурами, организует реабилитационный процесс, выявляет основные проблемы ребенка (физиологические, психологические, социальные), связанные с заболеванием. Выполняет мероприятия по выявленным проблемам. Помогает адаптироваться в отделении, осуществляет уход. Сопровождает на консультации к специалистам, на процедуры в строго назначенное время, что дает возможность распределять время на отдых между процедурами, соблюдать правильную последовательность приема процедур. Медицинская сестра проводит мероприятия по медицинской реабилитации, подготовку к медицинским вмешательствам, контролирует выполнение назначений врача и процедур, динамичное наблюдение и сравнительную оценку состояния пациента до и после процедур, оказание медицинской помощи в экстренной форме.

Основная цель в работе медицинской сестры – это обеспечение благоприятной, комфортной и безопасной среды пребывания, адаптированной к потребностям пациента.

Комплексная реабилитация организована в Центре с применением принципа активного участия ребенка и его семьи. Медицинская сестра осуществляет психологическую поддержку пациентов и их членов семьи в процессе реабилитации. Ее деятельность направлена на решение психологических и физиологических потребностей пациента. От умения медицинской сестры отвлечь малыша, успокоить зависит поведение маленького пациента во время процедуры. Медицинская сестра находится в постоянном контакте с ребенком, сопровождающим ребенка (это родители, близкие родственники, опекуны). При выполнении функциональных обязанностей медицинская сестра разъясняет необходимость процедур. Обучает пациентов, их сопровождающих уходу и самоуходу не только в учреждении, но и для осуществления его в домашних условиях, закрепляет приобретенные навыки. От своевременно начатого и правильно организованного ухода зависит степень восстановления утраченных функций и снижение процесса инвалидизации.

Родителям ребенка с ДЦП за время реабилитации нужно обязательно приобрести важные навыки, которые пригодятся в дальнейшей работе с ребенком; именно медицинская сестра обучает их правилам позиционирования пациента в постели, в положении сидя, стоя (в том числе с опорами), регулярным пассивным движениям в суставах конечностей, дыхательным упражнениям, правильному перемещению, транспортированию, пользованию техническими средствами реабилитации, что позволяет избежать таких осложнений, как мышечная атрофия, мышечная слабость, пролежни и другие. Медицинские сестры способствуют повышению приверженности родителей к лечению и реабилитации детей, правильному выполнению рекомендаций в домашних условиях, мотивируют их к сохранению своего здоровья, ответственности за здоровье ребенка. Разъясняют необходимость продолжения реабилитации дома не только родителям, но и ребенку, нацеливают на результат и перспективы выздоровления.

Особенности работы в Центре требуют всесторонней подготовки медицинских сестер в области медицины, педагогики, психологии, четкого выполнения своих профессиональных обязанностей, организации труда, планирования своей деятельности, высокой профессиональной подготовки и наличия таких качеств, как милосердие, сдержанность, тактичность, доброжелательное, чуткое и внимательное отношение, искусство общения с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

В основе работы медицинской сестры реабилитационного центра лежит продуманный и сформированный подход, рассчитанный на удовлетворение потребностей и решение проблем, умение творчески относиться к уходу за пациентом, работать с ним как с личностью. Медицинская сестра помогает своим пациентам, но не делает за них того, что они в состоянии сделать сами. По возможности старается, чтобы ребенок самостоятельно выполнял правила личной гигиены, принимал пищу, мотивируя ребенка стать функционально полноценным и независимым от посторонней помощи, насколько это возможно. Важно помочь сформировать у ребенка правильное отношение к себе, своим возможностям и способностям, к принятию активной социальной позиции в обществе.

Мамы детишек говорят медицинским сестрам спасибо за заботу, за частичку себя, которую медсестры оставляют в каждом ребенке, и за улыбку, которая вдохновляет на каждый новый день!

Дезактив–Гель

АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

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

ОПИСАНИЕ

Готовый к применению гель в виде прозрачной вязкой жидкости.

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

СОСТАВ

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

НАЗНАЧЕНИЕ

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

Срок годности средства—3 года.

МИКРОБИОЛОГИЯ

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

ПРИМЕНЕНИЕ

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

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

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

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

ДЕЗСНАБ–ТРЕЙД +7 495 558 63 56 info@dezsnab-trade.ru www.dezsnab.ru

УЗНАЙ БОЛЬШЕ НА
WWW.MEDILIS.RU

Педикулицидные средства серии «МЕДИЛИС®»

Педикулицидное средство «Медилис-СУПЕР» (водный концентрат эмульсии) предназначено для лечения головного, лобкового и платяного педикулеза у взрослого населения, а также для дезинсекции помещений от вшей и чесоточных клещей. **Срок годности средства - 5 лет.**

Педикулицидное средство «Медилис-ПЕРМИФЕН» (концентрат эмульсии) предназначено для уничтожения головных и лобковых вшей у взрослых и детей с 16 лет и уничтожения платяных вшей, импрегнации тканей (в том числе нательного и постельного белья, обмундирования) с целью предупреждения платяного педикулеза, дезинсекции помещений, обработки пациентов в ЛПУ и очагов педикулеза и чесотки против вшей и чесоточных клещей. **Срок годности средства - 5 лет.**

Педикулицидное средство «Медилис-МАЛАТИОН» (водный концентрат эмульсии) предназначено для уничтожения головных и лобковых вшей у взрослых и детей с 16 лет и уничтожения платяных вшей, импрегнации тканей (в том числе нательного и постельного белья, обмундирования) с целью предупреждения платяного педикулеза, дезинсекции помещений, обработки пациентов в ЛПУ и очагов педикулеза и чесотки против вшей и чесоточных клещей. **Срок годности средства - 5 лет.**

Педикулицидное средство «Медилис-И» (концентрат эмульсии) предназначено для уничтожения головных и лобковых вшей у взрослых и детей с 14 лет и уничтожения платяных вшей, дезинсекции помещений, обработки пациентов в ЛПУ и очагов педикулеза и чесотки против вшей и чесоточных клещей, дезинсекции в эпидемических очагах с целью контроля численности переносчиков инфекций. **Срок годности средства - 5 лет.**

Педикулицидное средство «Медилис-БИО» (готовый лосьон) предназначено для уничтожения головных и лобковых вшей у взрослых и детей с 5 лет. **Срок годности средства - 4 года.**

ПРОДУКЦИЯ*	СОСТАВ	ТИП ПЕДИКУЛЕЗА			ВОЗРАСТ
		ГОЛОВНОЙ	ПЛАТЯНОЙ	ЛОБКОВЫЙ	
Медилис-СУПЕР	24% фентион	+	+	+	с 16 лет
Медилис-ПЕРМИФЕН	4% перметрин+16% фентион	+	+	+	с 16 лет
Медилис-МАЛАТИОН	40% малатион	+	+	+	с 16 лет
Медилис-И	5% перметрин	+	+	+	с 14 лет
Медилис-БИО	эвгенол	+	-	+	с 5 лет

ООО «Лаборатория МедиЛИС» г.Москва.
Российский производитель средств дезинфекции, дезинсекции, дератизации, и больничной гигиены.
Тел.: +7 499 678-03-66 (многоканальный) www.medilis.ru

*Вся продукция зарегистрирована и сертифицирована для продажи в ЕврАзЭС